Niveau(x) d'enseignement: 7 Numéro EDUQ : 8507401
Centre d'intérêt: 875

Colloque des techniques infirmières (1980 : Collège de Maisonneuve, Montréal, Québec).

Ressourcement et envol : rapport / Colloque des techniques infirmières, Collège de Maisonneuve, Montréal, 2 au 5 juin 1980. -- [Québec] : Direction générale de l'enseignement collégial, 1981.
3 v. (513 p.) ; 28 cm.

Code: 15-5815-1 à 15-5815-03. Dépouillement partiel: Adaptation du "curriculum" en fonction du renouvellement de la profession / Carrie B. Lenburg -- L'application d'un modèle conceptuel au programme d'études collégiales / Evelyn Adam -- Les insolences d'une praticienne / Nicole David -- Le choc des attentes extérieures et intérieures chez l'enseignante de soins infirmiers / Claire Martin, Hélène Pelletier-Baillargeon, Césira Biffi, Paul Inchauspé, Francine Lalonde.

ISBN 2-500-04208-5

ISBN 2-550-04205-0

ISBN 2-550-04206-9

ISBN 2-550-04207-7

Cote Dewey: 610.73'07'11'714/C714r

Descripteur(s): *Infirmière *Techniques biologiques *Enseignement professionnel *Formation professionnelle *Sciences de la santé *Programme d'enseignement *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Techniques infirmières

En juin 1980 avait lieu le premier colloque sur l'enseignement des soins infirmiers au Québec. Plus de six cents personnes des milieux de l'enseignement et des milieux cliniques ont accepté l'invitation du Comité d'organisation. Le colloque se veut: 1. une occasion pour les professeurs de soins infirmiers de réfléchir sur la pertinence de leur enseignement en regard d'une pratique professionnelle capable de satisfaire les atentes de la société québécoise en matière de soins infirmiers; 2. une occasion pour les praticiennes et les éducatrices de soins infirmiers de renouer un dialogue peut-être interrompu lors de l'intégration des écoles d'infirmières au système d'éducation; 3. une occasion de diffuser le plan d'action prévu pour la révision du programme d'études au niveau collégial; 4. une occasion de ressourcement. Une première partie présente les six conférences. La seconde reprend les exposés faits à l'occasion des divers ateliers.

Type de document: f

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement collégial

Ressourcement et Envol

Rapport

Colloque des Techniques infirmières

Première partie

Collège de Maisonneuve, Montréal

2 au 5 juin 1980

15-5815-01

EDUQ 8570801 A

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement collégial

Ressourcement et Envol

Rapport

Colloque des Techniques infirmières

Première partie

Collège de Maisonneuve, Montréal

2 au 5 juin 1980

15-5815-01

ISBN - 2-500-042208-5 (No édition complète)

ISBN - 2-550-04205-0 (No 1ère partie)

Dépôt légal: quatrième trimestre 1980
Bibliothèque nationale du Québec

En juin 1980 avait lieu le premier colloque sur l'enseignement des soins infirmiers au Québec. Cet événement qui s'inscrit dans le cadre des services d'animation pédagogique offerts aux professeurs par la Direction générale de l'enseignement collégial a suscité beaucoup d'intérêt. Plus de six cents personnes des milieux de l'enseignement et des milieux cliniques ont accepté l'invitation du Comité d'organisation.

Les conférenciers, les personnes ressources et les participants ont contribué à l'atteinte des objectifs du colloque:

une occasion pour les professeurs de soins infirmiers de réfléchir sur la pertinence de leur enseignement en regard d'une pratique professionnelle capable de satisfaire les attentes de la société québécoise en matière de soins infirmiers;

une occasion pour les praticiennes et les éducatrices de soins infirmiers de renouer un dialogue peut-être interrompu lors de l'intégration des écoles d'infirmières au système d'éducation;

une occasion pour la diffusion du plan d'action prévu pour la révision du programme d'études au niveau collégial;

une occasion pour un ressourcement d'abord.

Nous croyons que la publication de ce rapport est une contribution à l'envol.

Le comité d'organisation:

Cécile Lambert, Collège de Maisonneuve;
Michel Fortin, Collège de Bois-de-Boulogne;
Solange Hotte, Collège Saint-Laurent;
Denyse Théberge-Rousselet, Collège Montmorency.

décembre 1980

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CONFÉRENCES

Inauguration, Denis Olivier. 1

Présentation du thème: "Ressourcement et Envol", Cécile Lambert. 11

Adaptation du "curriculum" en fonction du renouvellement de la profession, Carrie B. Lenburg. 33

L'application d'un modèle conceptuel au programme d'études collégiales, Evelyn Adam. 49

Les insolences d'une praticienne, Nicole David. 57

Le choc des attentes extérieures et intérieures chez l'enseignante de soins infirmiers, Claire Martin, 71,105

Hélène Pelletier-Baillargeon, 75

Césira Biffi, 83

Paul Inchauspé, 87

Francine Lalonde. 99

DEUXIÈME PARTIE

ATELIERS

1 - L'analyse interactionnelle professeur-étudiant dans l'enseignement des soins infirmiers. Pourquoi? Comment?, Denise Badeau. 119

2 - La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par vidéo-rétro-action, Margot Phaneuf. 149

3 - Le choix d'une expérience intégrée à une formation théorique, Denise Dionne. 175

4 - Évaluation clinique: le professeur évalue-t-il ce qu'il a enseigné ou ce que l'étudiant a appris?, Dolorès Plourde. 185

5 - Démarche utilisée pour la révision du programme au Collège Saint-Georges (séminaire) avec le cadre conceptuel de Virginia Henderson, Madeleine Demers, Micheline Roy, Claire B. Fontaine. 191

6 - Démarche utilisée pour la révision du programme du Collège Vanier avec le cadre conceptuel de Callista Roy, Georgiana Kish et Donna Rooney. 201

7 - Droit professionnel et responsabilité en soins infirmiers, Fernande Villeneuve. 219

9 - L'étudiante des Techniques infirmières est-elle libre de "s'auto-former" et de "s'auto-évaluer"?, Gladys Marcon. 233

10 - "Ne devient pas infirmière qui veut en pratique privée, Louise Fontaine. 239

11 - L'infirmière technicienne: sa raison d'être?, Madeleine Roy. 251

12 - S.V.P. aidez-moi: hier étudiante (je planifie des soins pour un client); aujourd'hui infirmière (je dois planifier pour six clients et...), Louise Boivin. 259

13 - L'éthique dans la tâche professionnelle en Techniques infirmières, Georges Legault. 285

14 - Les soins infirmiers: profession suicidaire?, Michel Demers. 299

15 - Étudiante infirmière on me "biologise", me "psychologise", me "sociologise" et...mais après...qui suis-je?, Luce Goulet-Côté, Paul Doyon, France Hubert, Raymond Lachance, Laurent Pellerin et des étudiantes. 313

TROISIÈME PARTIE

ATELIERS

16 - Application d'une théorie d'apprentissage en laboratoire clinique, Colette Fortier-Havelka. 319

17 - Simulation clinique: rapport d'une expérience vécue en laboratoire-collège avant et après les stages, Monique Lefèbvre, Suzanne Fournier. 349

18 - Regard sur la satisfaction des nouvelles infirmières et des responsables en milieu hospitalier après 5 ans - 10 ans de formation collégiale, Jeanne Aymée Richard. 387

19 - En quoi un cadre conceptuel de soins infirmiers se différencie-t-il de la démarche de "solution de problèmes"?, Lise Riopelle. 401

20 - Utilisation du cadre conceptuel de Dorothea Orem au Collège de Trois-Rivières, Louise Grondin. 411

21 - Présentation du cadre conceptuel élaboré par les professeurs du Collège Dawson et de son application pour la révision du "curriculum", Christiane Lohnes. 423

22 - "Des cours sur la santé: ça donne quoi?", Isabelle Delisle. 433

23 - Inscrire "la santé communautaire" au programme des Techniques infirmières: une utopie? Une réalité?, Monique Gascon. 439

24 - L'infirmière diplômée des cegeps est-elle une technicienne de soins infirmiers?, Gisèle Gaudreault et Lina Rahal. 443

26 - "Histoire de pouvoir" - Appel au pouvoir personnel des étudiants, Claire Lavoie. 501

27 - Révision d'un programme d'études et la résistance au changement des enseignants, Raymond Frégeau. 503

29 - La créativité en soins infirmiers? Voyons donc!, Hélène Lazure. 507

30 - Qui sont les infirmières-auxiliaires des polyvalentes? Le programme de passage d'infirmières-auxiliaires à infirmières correspond-il à leurs besoins ou à ceux des professeurs?, Ginette Bellemare. 511

L'ENSEIGNEMENT INFIRMIER DANS LES CEGEPS AU SEUIL DES ANNEES 80

Inauguration du colloque: Denis Olivier, directeur adjoint, Direction générale de l'enseignement collégial.

Vous voici réunis pour un colloque sur l'enseignement infirmier. Sauf erreur c'est la première fois, après treize ans d'enseignement dans les collèges, que vous pouvez vous retrouver tous ensemble pour mettre en commun vos réflexions et vos commentaires concernant l'enseignement que vous dispensez.

Vous voulez que ce rassemblement soit à la fois un ressourcement et un envol: il y a bien lieu, en effet, de retourner aux sources et de vérifier l'état de son enracinement avant de vous lancer vers de nouveaux sommets. Il me fait plaisir, comme administrateur gouvernemental, d'être avec vous dès ces premiers moments du colloque. Avec vous, je souhaite passer rapidement en revue les étapes au travers desquelles nous sommes passés depuis 1967, pour considérer ensuite, à la faveur de la problématique contemporaine de l'enseignement infirmier, comment l'on peut présager son avenir durant la prochaine décennie et pour esquisser les attentes du ministère envers toutes les instances concernées.

Comment voir l'avenir.

1. Rappel des origines. Comme pour bien des choses au Québec, il ne faut pas remonter très loin pour revenir aux origines. L'année 1967 voyait le transfert de l'enseignement infirmier aux cegeps naissants: c'était le début d'une approche nouvelle faite d'intégration de formation "générale", de formation scientifique et de formation clinique; c'était, par ailleurs, le début de la collaboration entre établissements de soins et établissements d'enseignement pour que soit contrôlé l'enseignement clinique. Le concept d'intégration des connaissances a mûri sans arrêt depuis lors, au point que le LIVRE BLANC de 1978 vient de proposer, avec les "familles de programmes", l'intégration des programmes d'enseignement dispensés aux

diverses professions de la santé.

Le système de santé en fonction duquel avaient toujours été formées les infirmières allait, lui aussi, être profondément modifié trois ans plus tard, soit en 1970. Nous connaissons en effet, depuis lors, un régime de santé cohérent dans le cadre d'une médecine globale et axée sur la personne: toute la population a accès à des soins continus aux plans géographique, financier et social; la gestion des établissements est décentralisée, quoique dans un contexte régionalisé; les usagers qui s'y intéressent peuvent, eux aussi, participer à l'identification et à la gestion des établissements; la distribution globale des soins a donné lieu à l'organisation du travail en équipe et, finalement, le curatif laisse de plus en plus de place aux soins préventifs et à la promotion de la santé.

La profession d'infirmière, comme toutes les autres, est sous le coup des modifications profondes introduites au Québec en 1973. L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec a, comme premier objectif, d'assurer la protection du public en lui garantissant l'accessibilité à des services de qualité. La pratique antérieure d'agréer les établissements d'enseignement est abolie; cette responsabilité incombe au gouvernement. Par voie de réglementation, ce dernier peut aussi modifier la délégation des actes professionnels et susciter un nouveau partage des champs d'exercice professionnel.

2. Caractéristiques des années 80. Le contexte sociologique à la faveur duquel ont eu lieu ces transformations successives était caractérisé par l'abondance: abondance de populations scolaires qui avaient enfin accès à des études post-secondaires gratuites et cohérentes; abondance de ressources humaines, physiques et pécuniaires mises à la disposition du tout nouveau réseau d'établissements scolaires voués à la formation de technologistes et à la préparation des études supérieures universitaires.

L'horizon qui pointe offre des caractéristiques considérablement

différentes. Le contexte économique est profondément modifié et il ne fait aucun doute que l'accroissement des montants mis à la disposition du ministère de l'Éducation va aller en s'amenuisant. Il devrait d'ailleurs en être de même pour les services de santé. L'explosion démographique des dernières années ne pourra que faire place à une diminution des clientèles scolaires, du moins à l'enseignement régulier.

Les personnes âgées sont, par contre, en nombre croissant et l'on envisage qu'elles vont requérir un nombre croissant de services.

La société évolue, par ailleurs, dans le sens de la déconcentration et de la décentralisation, faisant davantage place à des organismes de type régional plutôt qu'à des organismes centralisés, comme par le passé.

Il faut bien mentionner aussi des changements importants au climat qui auréole l'éducation: la population a la critique facile et, de plus en plus, on nous réclame des comptes ce qui n'est que l'autre facette de l'autonomie que l'on nous donne.

3. Il nous faut nous adapter. Les établissements d'enseignement n'ont pas beaucoup de choix; il leur faut s'adapter aux réalités contemporaines. À quoi servirait-il, en effet, de pleurer les années de vaches grasses?

Comme l'écrivait le sous-ministre Yves Martin: "L'éducation et ses écoles doivent cesser de se considérer comme des MONUMENTS DE SAVOIR et de commander, à ce titre, les libéralités financières de toute une société." Il va falloir faire fructifier davantage les ressources qui seront mises à notre disposition.

À nous de redéfinir nos objectifs et nos aspirations. À nous surtout de revoir nos priorités. Nos établissements constituent des richesses considérables; il va falloir trouver le moyen d'en faire bénéficier

plus de monde. Il faut revoir la place que nous laissons à la communauté dans le remodelage des services que nous offrons, y compris dans les modifications que nous comptons apporter aux apprentissages.

Voilà autant d'impératifs généraux et globaux qui sont là, un peu à la façon d'une toile de fond, au moment de se pencher de façon plus précise sur ce que doit devenir, dans l'avenir, l'enseignement infirmier au cegep.

Comment vivre l'avenir.

4. L'enseignement infirmier, une entreprise collective. L'enseignement infirmier est appelé à devenir davantage une affaire de collaboration étroite entre tous les intervenants. Il fera appel aussi bien au M.A.S. et à son réseau d'établissements; à l'O.P.Q., à ses ordres et à ses corporations ou au M.E.Q. et à ses établissements.

a) Rôle du M.E.Q. Avant de parler de nos attentes envers autrui, je veux bien esquisser d'abord le rôle du M.E.Q. et la façon dont il entend le jouer.

Le M.E.Q. devra être davantage à l'écoute des orientations du système de santé et du développement du professionnalisme. Le dire dès le départ, c'est rappeler sa situation de "ministère de Services" par rapport à ces instances. Il y a place à beaucoup d'efforts pour améliorer les mécanismes de coopération M.E.Q./M.A.S./CORPORATIONS. C'est à ce prix que seront coordonnées et intégrées les politiques et les pratiques dans le domaine des soins d'une part, et la formation du personnel responsable de la distribution des soins d'autre part. Nous estimons être en position de faciliter une action commune plus intense entre tous les intervenants.

Par ailleurs, le M.E.Q. révise présentement le programme cadre des

Techniques infirmières. Les principales données qui entrent en ligne de compte sont les suivantes: l'évolution de la profession; l'évolution du système de santé de façon qu'il réponde davantage aux besoins de la population; l'expérience du vécu collégial depuis treize ans; les orientations nouvelles qui caractérisent les collèges telles que l'autonomie des instances locales, le régime des études et le concept d'éducation permanente. Cette révision conduira, nous l'espérons, à des objectifs généraux du programme clairs, précis et caractéristiques des objectifs propres au niveau collégial. Elle identifiera les habilités et les compétences professionnelles des diplômées de niveau collégial. Elle identifiera aussi les expériences cliniques jugées essentielles à l'atteinte des objectifs. Au total, nous souhaitons aboutir à un programme cadre précis mais suffisamment souple pour qu'il permette l'élaboration de programmes locaux conformes à toutes les caractéristiques locales: que ce soit les ressources humaines, les facilités physiques ou les champs cliniques accessibles.

Le M.E.Q. compte accentuer de façon significative sa fonction de SUPPORT envers les collèges. Les canaux par lesquels s'exerce cette fonction vous sont déjà connus et ils demeureront les mêmes. Il y a les projets d'innovation pédagogique, dont cinq d'entre eux, acceptés pour la prochaine année, puisent leur origine dans les techniques infirmières (voir liste en annexe). Il y a les programmes d'encouragement à la production des ressources didactiques: depuis 1978, nous versons une prime d'encouragement à la publication de matériel didactique et, en 1979, un volume primé était écrit par madame Isabelle Delisle de Sherbrooke. Dans le cadre des ententes franco-québécoises, un programme de subvention est accordé au matériel spécialisé édité en France permettant, aux étudiants, l'accès de ces ouvrages à moindre coût; il y a aussi le programme d'aide à la production de documents didactiques audiovisuels instauré depuis 1978.

D'autres programmes, moins ponctuels et de plus grande envergure,

complètent ce support offert aux collèges. Le programme de stages dans les institutions de santé, à l'intention des enseignants de collèges, en est un. Il y a tout le cadre de la coopération avec l'extérieur du Québec où nous comptons développer au cours des prochaines années, avec le M.A.I.Q., des plans d'échanges pour les intervenants du secteur de la santé.

Le secteur de l'éducation aux adultes fait l'objet d'une attention particulière. Nous maintenons un programme d'assistance financière aux productions des sciences de l'éducation aux adultes des collèges, nous subventionnons des activités décentralisées de recherche et nous disposons, enfin, d'une équipe d'aides-pédagogiques dont le but est d'aider les intervenants auprès des clientèles adultes.

Dans le contexte de la toile de fond esquissée plus haut, nous avons l'intention de favoriser au mieux, dans toutes ces demandes de support, les projets caractérisés par du travail d'équipe à l'intérieur même du collège, du travail de collaboration entre établissements de soins et établissements scolaires ou encore du travail multidisciplinaire.

Je n'en ai pas fait mention plus haut, lorsque j'ai parlé de la révision du programme cadre. Mais je veux rappeler ici que cette révision donnera lieu à la mise en place de deux projets expérimentaux. Il s'agira de dispenser le programme révisé en développant un programme local, profilé selon les ressources physiques et humaines du collège, puis de mettre en place un processus de collaboration entre le collège et les milieux cliniques. Il s'agit, dans notre esprit, d'une étape majeure pour le développement de l'enseignement des soins infirmiers et, de façon plus générale, pour l'ensemble du dossier relatif à la formation professionnelle dans les collèges.

b) Attentes face au M.A.S. Nous ne pouvons pas réussir l'enseignement infirmier au Québec sans de multiples complicités, sans de nombreuses, solides et franches collaborations. Nos attentes se portent, en

premier lieu, vers le M.A.S. et vers ses instances décentralisées: les C.R.S.S.S.

Nous comptons sur eux pour être informées, au fur et à mesure de leur déroulement, de toutes les précisions qui seront apportées aux orientations du système de santé et des informations relatives à l'implantation des nouvelles politiques de santé. Il pourra y avoir des différences d'un établissement de santé à un autre, au niveau des responsabilités professionnelles du personnel. Il nous faudra aussi en être informées. Nous continuerons à avoir besoin de la planification en main d'oeuvre.

Les établissements de santé sont, ensuite, ceux dont nous aurons le plus grand besoin. Les ajustements des premières années de collaboration sont à peu près terminés; il ne faudrait pas, à cause de resserrements budgétaires comparables à ceux que nous connaissons, que de nouvelles difficultés apparaissent. L'enseignement ne peut pas être rayé des objectifs des établissements de santé; ces derniers doivent continuer à le percevoir comme une chose à laquelle ils doivent contribuer de façon importante, même si c'est, dorénavant, selon des modalités autres que celles des années 60.

Dans cette optique, nous comptons sur une collaboration active de la part des établissements de santé: qu'ils continuent à accueillir des stagiaires et qu'ils intensifient leurs efforts pour les intégrer aux équipes de soins en place; qu'ils vous ouvrent leurs portes, à vous professeurs cliniques, de façon que vous puissiez avoir accès à un recyclage permanent; qu'ils s'associent, enfin, à nos travaux d'élaboration d'instruments d'évaluation des stagiaires. La profession d'infirmière est en évolution, ce qui signifiera à plus ou moins brève échéance des changements dans les mentalités: les efforts que les collèges vont être appelés à faire en ce sens devront être appuyés par une forte collaboration de la part des établissements de santé.

c) Attentes vis-à-vis l'O.I.I.Q. Nos attentes envers l'O.I.I.Q. se résument à souhaiter que la coopération déjà en cours, se poursuive avec la même intensité et le même bonheur. À travers les années, l'O.I.I.Q. a ajusté, comme nous le souhaitions, ses interventions auprès du personnel enseignant des collèges et, à notre connaissance, l'Ordre est maintenant perçu comme une ressource précieuse à laquelle les établissements scolaires peuvent puiser à leur convenance.

Je m'en voudrais de ne pas souligner ici, le rôle considérable qu'il a bien voulu accepter de jouer dans l'opération si importante de révision du programme cadre. Nous pourrons bénéficier, en effet, des services à temps plein d'une personne-ressource de l'Ordre.

d) Attentes vis-à-vis des collèges. Reste à exprimer maintenant nos attentes vis-à-vis des collèges et, plus particulièrement de vous, enseignants de soins infirmiers.

Votre tâche essentielle est de faciliter, chez les étudiants, l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des soins infirmiers. C'est à vous qu'il revient de coordonner les différentes activités d'apprentissage et de structurer l'enseignement de façon telle que le processus éducatif soit harmonieux et qu'il procure, aux étudiants, la formation la plus efficace possible.

Il ne s'agit pas là d'une mince tâche et vous n'aurez pas trop des délibérations des prochains jours pour mettre en commun, non seulement vos compétences personnelles, mais aussi votre désir de réussir. Car vos activités au cours de ce colloque auront pour effet, de modifier ultérieurement votre tâche d'enseignants.

Pour atteindre cet objectif, vous devrez opérer des choix parfois difficiles et développer des instruments d'évaluation. Nous vous convions au travail en équipe non seulement entre vous (c'est certes avant

tout le cas) mais aussi avec vos répondants des établissements de santé; nous vous demandons d'être ouverts et novateurs; de faire montre de beaucoup de capacité d'inventivité et de création.

Je m'arrête ici. Il me semble vous en avoir suffisamment dit sur les attentes du ministère à votre endroit; dans l'immédiat, pour votre colloque; puis, à plus long terme, pour votre tâche renouvelée d'enseignants.

Il me reste à vous remercier et à vous féliciter pour les efforts considérables que vous consentirez à faire au cours des prochains jours, pour approfondir votre métier d'enseignants et pour mettre en commun vos expériences et vos aspirations mutuelles. En ce premier colloque d'enseignants de soins infirmiers, il y a sûrement lieu d'étendre nos remerciements à celles qui se sont succédées, depuis les origines, à la barre de la coordination provinciale des programmes: mesdames Ginette Renaud, Louise Berger, Lise Riopelle et Cécile Lambert qui quittera sous peu le poste.

À toutes, mes meilleurs souhaits de discussions fructueuses et de lendemains conséquents.

RESSOURCEMENT ET ENVOL

Présentation du thème: Cécile Lambert, M.A., inf., coordonnatrice provinciale des programmes des Techniques infirmières.

Au nom du comité d'organisation du colloque des Techniques infirmières, je suis heureuse de vous accueillir, aujourd'hui, au Collège de Maisonneuve et il va sans dire que nous vous remercions d'avoir répondu en si grand nombre à notre invitation. Au départ, pour cette première rencontre organisée par des professeurs des soins infirmiers du réseau collégial, nous avions prévu la participation de cinq cents personnes. Il s'en fut alors qui nous trouvèrent un peu trop optimistes. Devant l'affluence des demandes d'inscription, nous avons laissé ce nombre augmenter à plus de six cent vingt-cinq, c'est-à-dire à la limite des ressources physiques du collège pour ce type de rencontre. Depuis plus de trois semaines, nous affichons "complet" et nous avons dû retourner les formulaires d'inscription d'un grand nombre de personnes.

Mais là n'est pas mon propos. Au cours des minutes qui vont suivre, je me propose de définir d'abord les thèmes et les buts du colloque et de poursuivre cet exposé par la présentation du plan d'action du ministère de l'Éducation pour la révision du programme d'études collégiales en soins infirmiers.

Il est d'usage de donner un nom à un colloque et de l'associer à un symbole. Nous avons suivi la coutume. Le titre: ressourcement et envol. Le symbole: un papillon.

C'est en considérant, avec vous, la signification de ces mots et de cette figure que je vais tenter de faire ressortir les thèmes et les buts de ce colloque sur l'enseignement des soins infirmiers au Québec.

Voyons d'abord l'appellation: ressourcement et envol.

Je ne m'attarderai pas sur la définition des termes mais j'expliquerai plutôt en quoi le colloque peut être un lieu de ressourcement. Si vous avez déjà pris connaissance de la déclaration liminaire du programme, vous aurez noté que les organisateurs du premier colloque des Techniques infirmières ne considèrent pas que cet événement marque le début d'une nouvelle étape. Ils constatent plutôt que ces journées d'études s'inscrivent dans un mouvement d'introspection et de recherche de la part des infirmières québécoises. Avec une telle perspective, le colloque devient donc un lieu de ressourcement en vue de favoriser la croissance de ce qui existe déjà. Sans doute, est-ce la première fois depuis l'avènement de l'intégration des écoles d'infirmières au réseau collégial que les enseignantes se réunissent en si grand nombre pour discuter de l'enseignement des soins infirmiers. Mais elles n'ont pas attendu la tenue d'un colloque pour remettre en question leurs us et coutumes pédagogiques. En fait, la tenue de ce colloque est possible en 1980, parce que déjà plusieurs en sont à l'étape de pouvoir partager, avec leurs collègues, les résultats de leurs travaux. Ainsi, par le colloque, l'occasion nous est donnée de connaître quelques-unes des infirmières, soit enseignantes soit praticiennes, qui, au cours des dernières années, ont développé des compétences spécifiques et qui peuvent maintenant agir comme personnes-ressources.

Certes, les critiques sont parfois acerbes à l'égard de la pratique, de même qu'à l'égard de l'enseignement des soins infirmiers, mais l'occasion nous est donnée de constater que nous retrouvons, à l'intérieur de nos rangs, des appuis qui peuvent nous guider dans l'amélioration des services dus à la société québécoise en matière de soins infirmiers.

Il est une deuxième raison qui fait de ce colloque un lieu de ressourcement: nous avons voulu profiter de cette occasion pour tenter de renouer un dialogue entre les praticiennes et les enseignantes. Le

grand déménagement de 1967 a tout au moins eu pour effet, de créer un "silence poli" entre "celles qui soignent" et "celles qui apprennent aux autres comment soigner". Dans le passé, lorsque nous trouvions abri dans la même institution, les rapports entre les unes et les autres étaient parfois ardus, mais nous pouvions difficilement nous ignorer. Une fois séparées, ce fut autre chose et nous nous sommes retrouvées rapidement de part et d'autre en vase clos. C'est ce qu'on peut sans doute appeler un effet secondaire du traitement de 1967. Le même phénomène s'est produit ailleurs. En ce moment, les Américaines exploitent certaines approches pour réduire l'écart entre ce que Marlene Kramer appelle les deux cultures. Leurs solutions sont appropriées à leur contexte. Certaines peuvent nous être utiles, mais il nous faut aussi trouver les nôtres. Nous avons invité les praticiennes à se joindre aux enseignantes afin qu'elles puissent trouver ensemble des amorces de solutions aux problèmes qui résultent de leur séparation. Il ne s'agit pas de reprendre la vie commune, mais bien d'établir de nouvelles voies de communication. Il est certes réjouissant de voir combien d'entre elles ont répondu à cette première invitation. Ce qui l'est moins, c'est que nous avons dû en refuser plusieurs pour les raisons que nous avons déjà données. Le colloque est donc une occasion de ressourcement dans la mesure où il devient un lieu de rencontre permettant le rejaillissement de quelques idées pouvant nous conduire à poser des gestes concrets.

Le colloque est aussi une invitation à l'envol - mais non pas du type icarien. Il y a quelques mois, lors de la conférence canadienne sur l'enseignement de soins infirmiers, une personne-ressource déplorait que les solutions de certains problèmes dans l'enseignement des soins infirmiers nous avaient été données dès le début du siècle et que, encore, on tardait à les appliquer. Il me semble qu'il est temps de se demander si ces solutions ne s'inspirent pas un peu trop de nos ambitions professionnelles et pas suffisamment de nos buts - c'est-à-dire: la raison d'être des soins infirmiers.

Les mots réalisme et actualisation ne sont pas des antonymes. Notre

croissance professionnelle est certes possible, mais lorsqu'il nous faut déterminer la trajectoire de l'envol, il importe de choisir une courbe qui correspond aux ressources de notre société. Au fur et à mesure que nous cheminerons, celles-ci s'accroîtront et nous aurons, alors, la liberté de modifier notre parcours.

Dans quelques instants, lorsque j'aborderai la seconde partie de mon exposé, je vous présenterai le plan d'un projet de révision du programme d'études collégiales en soins infirmiers. Pour plusieurs, et à juste titre, il représente une promesse d'envol. Mais ce n'est qu'un projet. Sa réalisation ne dépend plus des architectes, mais plutôt de ceux et de celles qui, au collège ou en clinique, sont responsables de la formation des étudiantes-infirmières et des étudiants-infirmiers. C'est parce que ce projet donne un peu la mesure d'un envol possible que nous tenons à le diffuser; il nous semble important de nous assurer que les artisans en connaissent bien les plans. Le colloque des Techniques infirmières devient ainsi l'occasion de présenter un des moyens mis à notre disposition pour le développement de l'enseignement des soins infirmiers au cours des cinq à sept prochaines années.

Mais auparavant, permettez-moi de prendre quelques instants pour vous parler du symbole que nous avons choisi pour identifier le colloque des Techniques infirmières: un papillon.

Pourquoi avoir choisi un symbole qui évoque parfois les notions de frivolité et de légèreté? Une profession dont la majorité des membres sont des femmes devrait, au dire de certaines personnes, se dégager d'une image fréquemment associée à des attributs dits "féminins". Une image plus virile aurait été davantage conforme à notre désir d'autonomie. Voilà quelles furent les réactions de quelques-unes d'entre vous en voyant l'annonce de notre programme. Je ne saurais dire si un autre symbole eut été plus approprié aux aspirations de la plupart d'entre vous, mais je peux vous dire en quoi il est conforme aux buts que nous poursuivons et

pour lesquels nous avons organisé ce colloque.

D'une part, le papillon évoque la notion de fragilité et cet aspect est particulièrement approprié, il me semble, à notre situation. À maintes reprises, depuis que nous avons entrepris l'évaluation du programme, nous avons pu constater la fragilité de nos projets.

En soi, la fragilité n'est pas un trait péjoratif. Au contraire, les très beaux objets sont souvent très fragiles. Il en résulte que, le sachant, on leur accorde des soins particuliers et on leur trouve l'environnement qui leur convient. En ce qui me concerne, je dois admettre que j'aime bien un symbole qui évoque la fragilité, car il me sert de mise en garde et me rend plus attentive aux besoins des individus dans une telle situation.

Mais plus important encore que la fragilité, le papillon évoque la notion de transformation. Il nous rappelle que le développement d'un organisme, fut-il biologique ou social, implique le passage d'une phase à une autre. Et pour appuyer ces propos, j'aimerais vous raconter une histoire ou plutôt une partie d'une histoire. Celle d'une petite chenille qui s'appelle Yellow et qui cherchait à se dégager de la vie rampante qui caractérise les chenilles, mais qui, sans trop savoir pourquoi, avait refusé de suivre le chemin que prenait les autres chenilles dans cette histoire.[1]

Nous la retrouvons rampant, désolée et seule.

...quand un jour, quel ne fut pas son étonnement de voir une chenille grisonnante suspendue à une branche la tête en bas qui paraissait enchevêtrée dans une masse chevelue.

"Il me semble que vous avez des difficultés" lui dit-elle
"Puis-je vous aider?"

---

[1] Trina, Paulus, Hope for the flowers, New York, Paulist Press, 1972.

"Non lui répondit l'autre, c'est ce que je dois faire pour devenir papillon".

Elle ressentit alors un tressaillement
"Papillon" - ce mot la fit réfléchir
"Dites-moi sire, qu'est-ce qu'un papillon?"

"C'est ce que tu es appelée à devenir.
Avec ses belles ailes, le papillon vole, il unit la terre et le ciel. Il s'abreuve uniquement du nectar des fleurs et transporte des graines d'amour d'une fleur à l'autre".

"Mais cela ne peut être vrai" de reprendre Yellow tout étonnée
"Comment puis-je croire qu'il y a un papillon à l'intérieur de toi ou de moi quand je ne vois rien d'autre qu'une sorte de ver duveteux".

Puis de façon pensive, elle demanda:
"Comment devient-on papillon?"

"Tu dois tellement vouloir voler que tu ne voudras plus être une chenille".

"Tu veux dire mourir?" demande Yellow se rappelant les chenilles qu'elle avait vu tomber un jour.

"Oui et non" lui répond l'autre.
"Ce qui te ressemble va mourir. mais ce qui est vraiment toi va continuer de vivre. Ce qui est vivant se transforme mais ne disparaît pas. Ne vois-tu pas là quelque chose très différent de ce qui arrive aux chenilles qui meurent sans jamais devenir papillon?"

"Et si je choisis de devenir papillon" de dire Yellow de façon hésitante "qu'est-ce que je fais?"

"Regarde-moi bien. Je fais un cocon."
"On dirait que je me cache, mais un cocon n'est pas une fuite"
"C'est un entre-deux où se font les transformations"
"C'est un pas très important puisque tu ne peux jamais redevenir chenille"
"Pendant que se déroulent les transformations, il peut sembler aux autres et même à toi-même qu'il ne se passe rien - mais le papillon est déjà en devenir"
"Cela prend du temps - Voilà tout!"

Je crois retrouver, dans cette histoire, un message qui nous rappelle que, dans notre quête pour un renouvellement, nous devons, comme la chenille, prendre le temps de subir les transformations que nous souhaitons. Si nous poussons l'analogie plus loin, nous constatons à la façon de Yellow, qu'il nous arrive de nous demander avec une certaine hésitation: Mais comment?

La réponse à cette question m'amène à la deuxième partie de mon exposé et me donne l'occasion de vous présenter le plan d'action du ministère de l'Éducation pour la révision du programme d'études des soins infirmiers au niveau collégial.

1967 est une année-clé dans l'histoire des soins infirmiers au Québec. Elle marque le début de l'intégration des écoles d'infirmières au système d'enseignement. L'événement est capital, car il s'agit du passage d'un système de formation à un autre:

passage d'un ministère à un autre: c'est-à-dire du M.A.S. (alors appelé ministère de la Santé) au M.E.Q.;

passage de statut pour les étudiantes-infirmières: "l'apprentie" allait devenir "étudiante";

passage d'une formation axée sur les besoins d'une institution particulière à une formation axée sur les besoins, plus globaux, d'une société;

passage d'une formation médico-hospitalière à une formation davantage axée sur les besoins d'apprentissage de l'étudiante;

passage d'une formation axée principalement sur l'exécution des tâches de l'infirmière à une formation axée sur le développement de la personne qu'est l'infirmière.

En 1980, nous constatons que quelques-unes de ces difficultés sont maintenant aplanies tandis que d'autres demeurent. Néanmoins, nous ne posons plus la question: Le nouveau système est-il meilleur que l'autre? Car nous savons qu'une telle question est du type: "Est-il préférable d'avoir vingt-cinq ans ou quarante ans?" De telles questions peuvent être posées, mais elles donnent lieu à des débats et non à des résolutions de conflit.

Déjà au cours de la période d'évaluation de notre programme, nous nous sommes retournés vers le passé et nous avons examiné la planification initiale et le développement subséquent du programme d'études prescrit pour l'enseignement des soins infirmiers au niveau collégial. Mais de là, où allons-nous? Les résultats de cette recherche qui traite de l'historique du programme peuvent-ils véritablement servir à prévoir son évolution? L'Histoire peut-elle nous apprendre à mieux vivre? Sur ce sujet, Paul Valéry nous incite à la prudence. "L'Histoire, nous dit-il, justifie ce que l'on veut. Elle n'enseigne rigoureusement rien, car elle contient tout, et donne des exemples de tout." [2]

En effet, si les événements du passé trouvent maintenant une explication quelconque, c'est qu'il nous est possible de les scruter à la lumière du contexte de l'époque. Les mêmes événements ne peuvent se

[2] Paul Valéry, Oeuvres, Tome II, Paris, Bibliothèque de la Pléiade, 1960, p. 935.

reproduire de façon identique dans le futur, car le contexte socio-politique sera différent. Cependant, certaines connaissances historiques peuvent nous être utiles, car, sans se laisser trop séduire par l'Histoire, il nous est possible de reconnaître quelques-uns de ses avertissements.

Certes une révision du programme d'études s'avère nécessaire, mais il s'agit bien de révision et non pas de faire table rase de ce qui existe déjà. D'ailleurs, voudrions-nous le faire nous en serions incapables. On poursuit son développement - on ne le recommence pas. De plus, au cours des treize dernières années, nous avons acquis des habiletés et vécu des expériences positives qui ne peuvent être laissées pour compte.

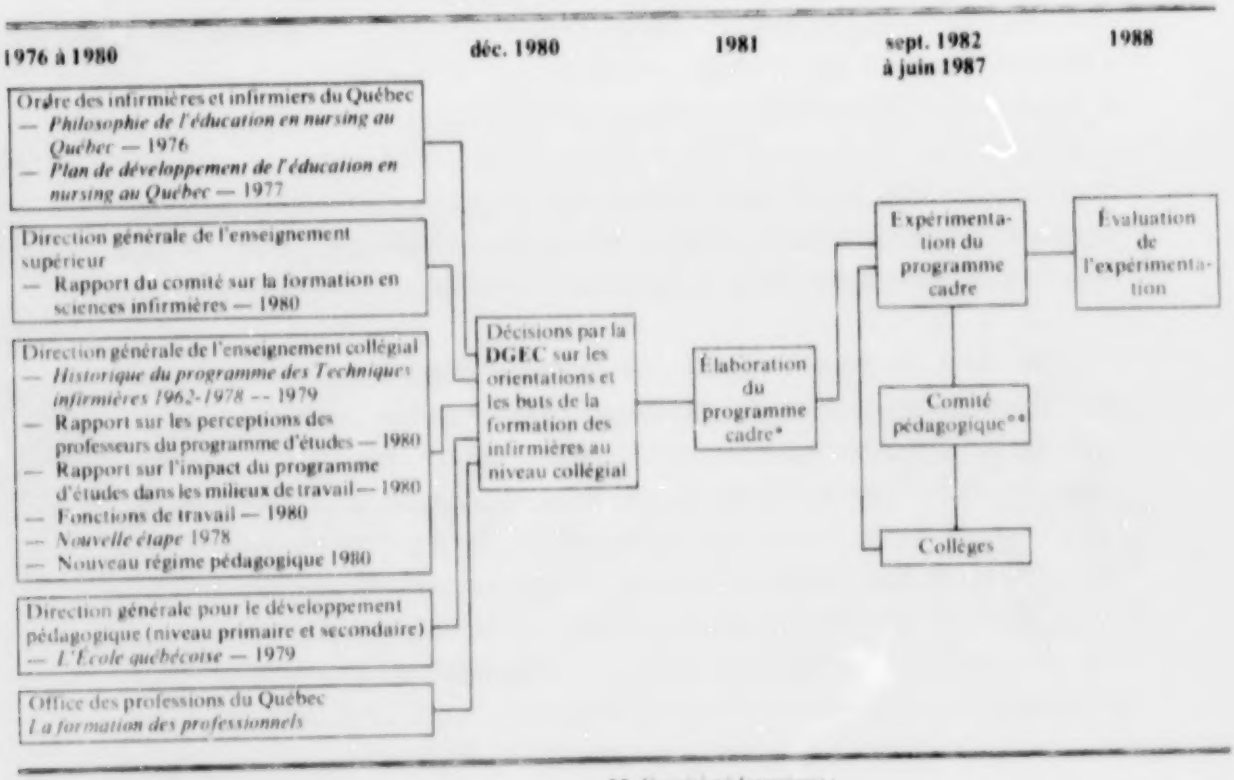
Mais comment réviser? Voilà la question qui s'impose. D'abord, il nous faut reconnaître les particularités de la situation québécoise. Dans plusieurs pays, il est d'usage de déterminer un nombre d'exigences minimales à partir desquelles les institutions élaborent un curriculum. C'était aussi notre cas avant 1967. Présentement, au Québec, les orientations et les structures sont déterminées pour l'ensemble des quarante-deux collèges qui offrent l'option des soins infirmiers. C'est là une distinction importante dont il nous faut prendre conscience.

Le souci de démocratisation de l'enseignement à tous les niveaux justifie l'usage du modèle québécois. Il n'en reste pas moins que son application présente bien des difficultés, car il nécessite la connaissance et même l'appropriation des intentions, des attitudes et des valeurs de ceux et de celles qui élaborent les orientations et les structures du programme cadre par ceux et par celles qui seront chargés de sa réalisation. Il m'est toujours possible de tracer des plans pour une habitation si je possède un crayon, de l'imagination et quelques connaissances. Mais si je n'ai pas de matériaux et si les artisans à qui je confie mes plans ne savent pas comment les lire, j'aurai toujours un magnifique projet mais non pas l'édifice que j'avais imaginé. Ceux et

celles qui ont suivi de près les travaux d'évaluation du programme des soins infirmiers en sont venus à vouloir un projet d'expérimentation qui puisse tracer la voie entre le programme cadre diffusé par le M.E.Q. et le curriculum fabriqué dans chacun des collèges. Les matériaux existent, mais la présence d'un guide pour en faire un meilleur usage de même que pour aider à la lecture des plans s'avère nécessaire à ce point-ci de notre développement.

Après avoir fait ce long préambule, je vous présente maintenant un schéma illustrant les étapes à franchir au cours des prochaines années pour en arriver à une révision du programme actuel.

Plan d'action du ministère de l'Éducation du Québec en vue de la révision du programme d'études des Techniques infirmières



* Programme cadre :
Plan d'études du ministère de l'Éducation à partir duquel des plans d'études détaillés sont préparés par les professeurs

** Comité pédagogique :
Comité provincial composé d'un professeur de chacun des collèges où l'option est donnée

Tableau reproduit avec permission de L'infirmière canadienne.

Dans la première partie, nous retrouvons une série d'études et de projets préparés entre 1976 et 1980 qui se doivent d'être pris en considération au terme de l'évaluation du programme cadre des Techniques infirmières. Cette étape tire à sa fin. Plusieurs de ces documents sont déjà publiés, les autres le seront incessament.

La D.G.E.C. se servira de ces études et de ces projets pour décider des orientations et des buts de la formation des infirmières au niveau collégial. Par la suite, le mécanisme de coordination appelé "la coordination" révisera le programme cadre.

Nous précisons que "la coordination" est un mécanisme de participation qui associe les personnels de collèges, les employeurs, les diplômés et les organismes représentatifs à la conception, à l'élaboration et à l'encadrement des programmes d'études collégiales.

C'est entre septembre 1980 et septembre 1981 que se dérouleront les étapes deux et trois, c'est-à-dire les décisions sur les orientations et l'élaboration du programme cadre. Dès que les orientations seront connues, les collèges intéressés à participer à l'expérimentation du programme cadre révisé seront choisis d'après des critères établis au préalable.

L'année 1981-1982 est une année prévue pour la mise en place du processus de révision de curriculum dans les collèges choisis. L'expérimentation du programme cadre débutera en 1982.

Il importe de signaler que la durée de l'expérimentation n'est pas une période de stagnation pour les collèges qui ne participent pas directement à l'expérimentation. Le succès de ce projet dépend de l'implication de tous les professeurs à toutes les étapes. Les traits qui apparaissent sur ce schéma et qui relient le projet au Comité pédagogique et aux collèges sont significatifs. Certes, ce projet porte sur le

contenu du programme d'études mais il doit d'abord servir de modèle de révision de curriculum. Nous croyons que le Comité pédagogique (c'est-à-dire le comité qui représente les professeurs au Service des programmes) demeure l'instance privilégiée pour maintenir les voies de communication entre les collèges où se fera l'expérimentation et les autres, à qui servira l'expérimentation.

C'est au terme de cette expérience, qui sera d'une durée de cinq ans, que la D.G.E.C. portera un jugement sur l'applicabilité du projet à l'ensemble des collèges. "C'est long", me direz-vous. Rappelez-vous l'histoire de Yellow: la croissance requiert du temps.

Après avoir reconnu qu'un processus de transformation se déroule dans le temps, il importe avant tout de se rappeler qu'il s'accomplit en fonction d'un but. Sûrement, il existe plusieurs façons d'examiner le but de la démarche proposée, mais il me semble opportun de le faire en considérant brièvement les besoins des individus pour qui nous choisissons de mobiliser de l'énergie et des ressources humaines. Je reprends donc cette idée et je pose la question: "Pour qui faut-il réviser le programme d'études?" C'est une façon parmi d'autres d'en arriver au pourquoi.

En premier lieu, je propose de considérer les besoins de ceux qui sont généralement les plus silencieux: les "patients". Je sais que ce mot n'est pas très à la mode, ni même sophistiqué; qu'il est tombé en désuétude et qu'il faut utiliser des guillemets pour s'en servir, mais il illustre mon propos, car aujourd'hui, ceux et celles qui se trouvent dans l'obligation de solliciter des services dans le domaine de la santé doivent faire preuve de beaucoup de patience avant d'obtenir les bénéfices qui justifient l'utilisation de l'appellation bénéficiaire ou client.

Les "patients" n'appartiennent pas à la catégorie des personnes qui ont insisté pour qu'il y ait remise en question du programme d'études

actuel et, pourtant, il est convenu que la révision doit s'accomplir en fonction des services de soins infirmiers qu'ils exigent des infirmières. Ce n'est pas mon intention, cet après-midi, d'énumérer les attentes de la société québécoise en soins infirmiers. D'autres le feront plus tard au cours de ce colloque, mais je tiens cependant à vous rappeler qu'au moment où nous réviserons le programme d'études, il faudra faire une distinction très nette entre les services que l'on désire donner à la société et ceux que la société veut de nous.

Il ne nous faut pas oublier que notre existence professionnelle dépend des besoins très spécifiques de cette société. De la même façon que la médecine doit son existence à la maladie, les soins infirmiers doivent leur existence à l'incapacité des individus de se charger de leurs besoins fondamentaux à des périodes données. Il y a la santé et c'est sûrement notre affaire de nous en occuper, mais c'est aussi l'affaire de bien d'autres catégories de praticiens. Nous n'en avons pas le monopole, tandis que l'assistance aux besoins fondamentaux en présence d'incapacité physique, psychique ou autre relève directement de nos responsabilités, à moins qu'on ne veuille les céder à d'autres qui ne demandent pas mieux que d'occuper la "place" auprès du patient.

Plusieurs d'entre nous, dans cette salle, acceptent mal l'image de l'infirmière que l'on retrouve à la page couverture de la revue *Actualité* du mois de juin. Il nous arrive même de chercher à nous dissocier de "la distribution de pilules ou de la donneuse d'injection" et il y a, en effet, une autre dimension aux soins infirmiers, mais je crois que nous devrions être plus attentives aux demandes exprimées par les "patients" via les médias de publicité ou d'information. Pour les mêmes raisons, j'attire votre attention sur le message publicitaire véhiculé dans les dernières semaines par la Corporation des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec. C'est un petit bijou en ce qui a trait à la façon d'exprimer les attentes de ceux qui nécessitent des soins infirmiers. Tout y est. Une analyse de ces quelques phrases succinctes prendrait

des heures et, à mon humble avis, serait très profitable. J'en fais la lecture:

> "L'appel provient de la chambre 402. C'est une jeune femme qui va accoucher et qui est inquiète. C'est un accidenté qui a besoin d'un calmant pour sa douleur.
>
> Les infirmières auxiliaires sont là. Le jour. La nuit. Les week-ends. Elles sont là tout près, tout près de ceux et de celles qui ont besoin d'elles."

Plus tard lorsque nous serons engagés dans le processus de révision, il y aurait peut-être avantage à se pencher à nouveau sur ces quelques lignes si l'on veut reconsidérer pour qui nous révisons le programme d'études.

Les étudiantes: voilà un deuxième aspect qu'il nous faut considérer si nous voulons répondre à la question: "Pour qui entreprendre la révision du programme d'études?" L'on pourrait penser que c'est une lapalissade de dire qu'on fait un programme d'études pour les étudiantes. En tout cas, si c'en est une, l'étudiante en question est une inconnue et elle appartient davantage au domaine du mythe qu'à celui de la réalité.

Récemment, nous avons eu l'occasion d'entreprendre une étude du profil de l'étudiante-infirmière dans les cegeps. Pour ce faire, nous avons revu tous les projets de recherche soumis à la D.G.E.C. à l'intérieur de son programme de subvention à l'innovation pédagogique, de même que ceux inventoriés dans une étude bibliographique intitulée: Le collège québécois. Nous avions espéré qu'à travers ces nombreuses enquêtes entreprises dans les collèges depuis 1967, il serait possible de déceler tout au moins l'esquisse d'un profil. Or, ce ne fut pas le cas, car dans ces études, les populations sont rarement identifiées en terme de disciplines spécifiques. Des études provenant de quatre collèges où

il était possible d'identifier les étudiantes des Techniques infirmières, suggèrent que certaines caractéristiques sont propres à cette clientèle et qu'il nous faut les identifier avant d'apporter des modifications à notre programme.

La connaissance du profil de l'étudiante de soins infirmiers nous apparaît d'autant plus importante en 1980, que plusieurs considérations nous incitent à dire que la clientèle s'est modifiée à plusieurs égards depuis quinze ans. Nous en citons quelques-uns.

Antérieurement, les institutions hospitalières recrutaient des candidates dont les traits physiques, psychologiques et moraux sont compatibles avec le modèle d'infirmière désiré par l'institution; après 1967, les conditions d'admission sont généralement celles prescrites pour l'ensemble de la population étudiante.

En 1969, le projet de loi concernant l'admission à la pratique des soins infirmiers autorise les hommes à être infirmiers, et l'âge requis pour l'obtention du droit de pratique est abaissé de vingt-et-un ans à dix-huit ans.

L'éventail des choix professionnels s'accroît de façon considérable, de sorte que les professions dites "féminines" du type infirmière voient leur bassin de clientèle rétrécir.

L'image de dépendance projetée par la profession infirmière n'incite pas particulièrement les femmes qui désirent exercer un leadership dans la société, à choisir la pratique des soins infirmiers.

Les restrictions budgétaires dans les services de santé et la diminution marquée de l'abandon de leur emploi par les

infirmières contribuent à une diminution de postes disponibles pour les nouvelles diplômées.

La baisse de demande d'admission aux programmes des Techniques infirmières permet à des étudiantes, dont les dossiers sont faibles, d'être inscrites au programme.

L'homogénéité culturelle n'est plus ce qu'elle était. Ceci s'applique particulièrement aux collèges des régions urbaines.

Suite à l'exposé de ces facteurs, je crois qu'il nous serait utile de se demander si notre projet va être développé en fonction de l'étudiante qui s'inscrit au programme de soins infirmiers ou de celle que nous aimerions avoir. Sans doute, sommes-nous prêts à nous intéresser à celle qui est devant nous, mais il nous faut tout au moins savoir qui elle est. Pour ce faire, certaines caractéristiques doivent être identifiées d'après divers aspects. J'en propose cinq:

-le profil socio-économique.
Il s'agit de données de base utiles à l'interprétation d'autres résultats;

-le profil scolaire.
Les variables identifiées dans cette section mettent en évidence le cheminement scolaire;

-le profil d'apprentissage.
1. Nous devons nous demander si les méthodes pédagogiques utilisées correspondent à la capacité de pensée formelle des étudiantes.

2. Il nous serait utile de connaître quel est le style cognitif de l'étudiante qui choisit une discipline qui véhicule l'image du "savoir-faire" plutôt que du "savoir".

-le profil des attitudes et des valeurs.
Il nous faut reconnaître les "images" qu'ont les étudiantes de la société et du rôle qu'elles comptent y occuper.

-et enfin, le profil des connaissances et des aspirations professionnelles.
Il nous importe de savoir pourquoi l'étudiante veut devenir infirmière et quelles sont ses perceptions du milieu professionnel qu'elle vient de choisir. D'ailleurs, cette partie de l'enquête est tout aussi utile à l'étudiante qui y participe qu'à ceux et celles qui veulent découvrir le profil de l'étudiante.

Sans doute, nous faudra-t-il développer des instruments pour recueillir l'ensemble des données pour chacun des aspects du profil étudiant, mais un grand nombre ne nécessitent pas des méthodes très sophistiquées. Je pense que nous avons tous les moyens de vérifier l'âge des étudiantes dans notre collège ou dans notre classe et pourtant, on entend régulièrement des affirmations du type: "Elles ont quinze-seize ans". En effet, elles sont plus jeunes qu'avant, mais devant avoir six ans avant le 1er octobre pour être admise au primaire (selon un règlement du ministère de l'Éducation) et ayant complété un secondaire V, la moyenne d'âge, au début de leur formation, n'est certes pas de seize ans. Ce sont pourtant des affirmations de ce type qui contribuent à faire croître le mythe au dépend du réel.

Au seuil de l'expérience que nous nous proposons d'entreprendre, il nous faut trouver des moyens pour que le profil étudiant soit un des mobiles qui guide notre démarche. Le modèle de Shirley Chater pour l'élaboration d'un curriculum est un exemple d'un cadre conceptuel qui nous permet d'accorder l'attention nécessaire à cette dimension. Car, en plus de s'intéresser au contenu, ce modèle fait appel à deux autres composantes: le milieu et l'étudiante.

En terminant cette partie de l'exposé, je tiens à signaler que l'utilisation d'un cadre conceptuel, pour l'organisation des connaissances qui relèvent des soins infirmiers, est certes pertinente, mais elle ne peut suffire lorsqu'on aborde la révision du programme d'études et du curriculum.

À la question: "Pour qui réviser le programme d'études", je donne une troisième et dernière réponse: les enseignantes.

Un programme d'études est sans aucun doute un instrument de choix pour l'enseignante, car c'est le tracé du parcours qu'elle entreprend pour guider l'étudiante vers une destination que l'on suppose voulue par l'une et l'autre. En fait, la révision d'un programme d'études n'est pas véritablement faite pour les enseignantes; elle est, avant tout, faite par elles. C'est une tâche inhérente à nos fonctions, qui ne nous est pas étrangère. Combien de fois les plans d'étude dans chacune des matières de soins infirmiers ont été révisés! Parfois en profondeur et parfois en changeant les virgules de place, mais révision il y a eu! Mais, en fonction de quoi? Des phénomènes sociaux qui soulèvent un intérêt quelconque, des orientations d'un groupe de spécialistes ou encore des limites des ressources cliniques? De plus en plus, il arrive que quelques personnes, à l'intérieur d'une même équipe dont les intérêts sont partagés parviennent, non sans difficulté, à produire des plans de cours cohérents, empreints des objectifs spécifiques à atteindre. Mais très peu d'entre nous ont pu surmonter l'étape suivante et réussir à transcender les intérêts de chacun des groupes de nos départements, pour en arriver à articuler toutes les parties du programme d'études en fonction de l'ensemble des groupes qui forment le département.

Et pourtant, les essais ne manquent pas. Mais, pour en arriver à un type d'unité même relative, il nous faut certains déterminants qui peuvent justifier les décisions du groupe.

Pour nous, au Québec, ces déterminants doivent, en partie, nous

venir des Cahiers de l'enseignement collégial. Or, il appert que ceux qui apparaissent au programme d'études de soins infirmiers ne sont pas particulièrement précis en dépit d'une structure de cours fort rigide. D'où la nécessité, pour le ministère de l'Éducation, de définir les orientations du programme. Ce qui veut dire: identifier les habiletés spécifiques que doivent développer les infirmières formées dans les cegeps. L'absence d'orientations précises face à cette question freine beaucoup le développement du curriculum dans les départements, car les intérêts personnels de chacun des groupes qui se confrontent trouvent facilement un refuge dans l'imprécision des termes qui décrivent les cours de soins infirmiers.

Cependant, nul besoin de projet d'expérimentation pour définir les orientations, car il s'agit d'une étape qui fait suite à des consultations et qui, en plus d'un certain courage, exige surtout une rédaction claire et précise. Tel n'est pas le cas lorsqu'on veut savoir si la structure proposée pour soutenir les orientations est suffisamment solide pour être utilisée ailleurs que sur le papier. Le projet d'expérimentation vise des objectifs qui vont au-delà de la diffusion d'un programme cadre révisé. Il est conçu pour que les professeurs puissent, d'une part, s'approprier les intentions de ceux qui ont élaboré le programme cadre et, d'autre part, pour qu'ils puissent voir comment il est possible d'utiliser la structure du programme cadre pour arriver à faire localement un curriculum, car c'est avant tout une expérimentation qui porte sur un processus. C'est-à-dire qu'à partir d'un ensemble cohérent de buts et d'objectifs spécifiques intégrés dans une structure établie, l'on puisse s'approprier ces données en fonction du cadre conceptuel choisi localement, de son milieu et de sa clientèle étudiante.

Vu de cette façon, nous croyons que le projet d'expérimentation pour la révision du programme d'études de soins infirmiers s'inscrit dans une démarche de formation des maîtres. Il nous apparaît d'autant plus important de le considérer sous cet angle, lorsque nous nous

rappelons que, lors de l'implantation du premier programme d'études collégiales en 1967 et au cours des années qui suivirent, cet aspect fut quelque peu négligé. Il ne s'agit pas d'attribuer un blâme à quiconque, mais de reconnaître que les professeurs, étant peu familiers avec les intentions de ceux et de celles qui avaient élaboré le projet du premier programme d'études, ne purent réaliser ce "projet éducatif" à la satisfaction de ceux qui l'avaient conçu. D'ailleurs, il faut se demander si les valeurs sous-jacentes aux choix de ces personnes, correspondaient aux valeurs des personnes à qui revenait la responsabilité de l'enseignement.

Depuis quelque temps déjà, grâce à l'appui apporté plus particulièrement par les personnes du secteur de la formation de l'O.I.I.Q. nous avons été sensibilisés aux divers courants de pensée dans le domaine des soins infirmiers et à la démarche qu'il nous faut entreprendre pour réviser un curriculum. Conséquemment, nous sommes prêts à "passer" à la phase de notre développement que nous pouvons entrevoir aujourd'hui.

Toutefois, il existe une étape à laquelle nous devons nous soumettre auparavant; une étape que l'on peut qualifier de préalable,mais qui, en fait, est une partie intégrante du processus de révision. Il s'agit de ce que l'on appelle la clarification des valeurs.

Souvent, au cours des dernières années, bon nombre d'entre nous avons participé à des débats ayant trait au choix d'un cadre conceptuel de soins infirmiers. Certains de ces débats pourraient même recevoir le qualificatif de "viril". Avec un peu de recul, l'impression demeure qu'il nous arrive parfois d'étaler les diverses conceptions existantes sans tenir compte des valeurs inhérentes à chacune. Ceci risque de nous amener sur une pente fort dangereuse. Car, si nous choisissons une philosophie d'éducation ou une conception de soins infirmiers qui ne correspond pas ou qui, encore, va à l'encontre de nos valeurs, le projet de révision qui dépend de telles assises risque de s'écrouler pour ne rien dire du découragement et de l'amertume des enseignantes.

Pour ma part, je ne crois pas que l'on puisse, à priori, "se choisir" une philosophie pour guider nos comportements, avant d'avoir pris conscience des valeurs que nous privilégions à travers nos gestes quotidiens. Par exemple, il se peut qu'au début d'un cours j'annonce à mes étudiantes, par un message verbal, que nous allons identifier des problèmes de soins infirmiers et, qu'ayant fait cette affirmation, je donne un exposé sur les types de bassins ou encore sur les signes et symptômes de l'infarctus du myocarde. Si j'accepte une pareille dissonance entre mes principes et ma conduite, je risque de me raconter bien des histoires sur la notion de concepts de soins infirmiers.

Pourquoi ne pas reconnaître au départ, si c'est le cas, que la pathologie m'intéresse et que j'ai un certain plaisir à donner ce type de cours. Ceci n'implique pas que tout changement est impossible, que, si je suis une spécialiste en psychiatrie, en pédiatrie ou autre, je continuerai jusqu'à ma retraite à donner des cours de spécialisation. Pourquoi nier les compétences que nous possédons? Pourquoi ne pas les utiliser comme tremplin pour poursuivre notre développement professionnel? Je répète qu'il faut d'abord reconnaître et accepter par la suite, sans jugement et sans blâme, les valeurs qui sous-tendent nos gestes quotidiens. Nous serons sans doute en mesure, après, de considérer le type d'idéologie qui correspond à nos aspirations, mais qui ne nie pas pour autant nos expériences antérieures.

En vous présentant le plan d'action pour le projet de révision du programme d'études des soins infirmiers, j'ai voulu attirer votre attention sur le fait que le projet doit être guidé par les besoins des personnes et non par ceux des institutions où oeuvrent ces personnes. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de vous présenter les buts du projet en terme de "pour qui" plutôt que de "pourquoi".

Si une occasion comme celle-ci a été utilisée pour vous présenter le plan d'action, c'est qu'une certaine confiance règne quant à ses

chances de réalisation. Pourtant, il arrive qu'on nous demande si l'échec n'est pas aussi à prévoir. Ayant travaillé à l'historique du programme, ayant fouillé un nombre important de dossiers qui relèvent de notre programme d'études, je crois pouvoir vous dire que je suis fort consciente des obstacles qui nous guettent. Permettez-moi de signaler entre autres, la résistance aux changements, la lourdeur des structures administratives et le désir d'individualisation. Ces éléments ont existé dans le passé et ils ne disparaissent pas pour autant aujourd'hui. Cependant, le désir de renouvellement suscite une force énergétique positive à laquelle on ne peut être fermé. C'est quelque chose qui ressemble au désir de tellement vouloir devenir papillon qu'on accepte de ne plus être chenille.

A ceux et à celles qui me demandent si je n'ai pas peur de ce qui nous attend, je leur répond par l'intermédiaire de Don Juan à Castaneda:

> "Un homme va à la connaissance comme il part pour la guerre, éveillé, avec crainte, respect et une assurance absolue. Aller à la connaissance ou à la guerre de toute autre façon est une erreur et qui la commet vivra pour la regretter."[3]

[3] Carlos Castaneda, The teachings of Don Juan: A Yaquiway of Knowledge, New York, Pocket Books, 1974, p. 51. (traduction libre)

ADAPTATION DU "CURRICULUM" EN FONCTION DU RENOUVELLEMENT DE LA PROFESSION

Carrie B. Lenburg, Ed.D., Inf., coordonnatrice, Regents External Degree in Nursing, Université de l'État de New York, Albany.
Traduction et adaptation de Louise Berger, Collège de Saint-Jean-sur-le-Richelieu.

Je vous souhaite une conférence "historique". Si mes renseignements sont exacts, c'est la première fois que vous vous réunissez pour une telle conférence et il me fait plaisir d'être ici avec vous en cette occasion. Je suis cependant très consciente que les données et les perspectives que j'apporte ici sont celles qui prévalent aux États-Unis et, de ce fait, que les termes et les expressions que j'utiliserai ne sont pas nécessairement pertinents.

Le but de ma conférence se subdivise en deux volets: 1° Échanger avec vous sur de nouvelles théories qui se sont graduellement implantées aux États-Unis (ces pensées ne sont pas nécessairement nouvelles mais ont ressurgi depuis quelque temps) et 2° vous stimuler à explorer et à envisager de nouvelles voies en regard d'un "curriculum" basé sur ces nouvelles philosophies. J'apprends que vous êtes sur le point de vous engager dans une recherche visant à l'élaboration d'un nouveau "curriculum" expérimental et j'espère que les données que j'apporte aujourd'hui vous encourageront et vous inciteront à poursuivre énergiquement votre démarche. Aux États-Unis comme au Canada, je suppose, les nouvelles données que j'avance et que je cherche à mettre en application sont controversées, mais je crois malgré tout que nous avons beaucoup à gagner à examiner sérieusement ces nouvelles théories. Cependant, mon propos vise surtout les "apprenants" adultes et les méthodes d'apprentissage non conventionnelles; aussi, celles qui parmi vous sont surtout intéressées par l'apprentissage conventionnel et par les élèves du secteur régulier pourront parfois penser que la philosophie dont je parle ne se rattache pas directement à leurs préoccupations actuelles.

Je veux d'abord vous raconter une histoire à propos d'une mère et de sa fille qui prennent leur petit déjeuner ensemble un matin. La fille se sent déprimée, ne désire pas aller à l'école et reste assise, l'air malheureux, pensive devant son café. Sa mère lui dit: "Dépêche-toi, lève-toi, tu dois aller à l'école et tu es déjà en retard!" Sa fille lui répond: "Non je ne désire pas y aller, j'ai vraiment l'impression que personne ne m'apprécie. Les élèves ne m'aiment pas, les professeurs non plus et j'ai l'impression que je ne m'entends plus avec personne." Sa mère lui dit: "Ca va, ça suffit, tu es une adulte mature parfaitement capable de te débrouiller et de bien fonctionner. Lève-toi et prépare-toi à aller à l'école." La fille, toujours penchée sur sa tasse de café, dit tristement: "Non vraiment je me sens incapable d'y aller." Alors la mère se fâche et lui dit: "Écoute, tu es la directrice de l'école d'infirmières et tu te dois d'aller travailler." Cette anecdote nous amène à repenser notre rôle. Nous sommes en train de vivre des temps nouveaux et difficiles. Les défis sont grands et nous devons orienter notre action d'une manière nouvelle et différente pour résoudre les problèmes actuels. Soyez assurées que cela comporte des risques. Nous devons avoir le courage nécessaire pour nous embarquer dans une ère nouvelle en ce qui concerne le domaine des soins infirmiers.

Je vous propose donc trois points de discussion qui peuvent vous aider à élaborer un nouveau "curriculum" et, éventuellement, à l'implanter. Ces trois points de réflexion sont: 1^{o} l'éducation basée sur la compétence, 2^{o} l'éducation aux adultes et 3^{o} les processus d'évaluation et d'appréciation du rendement. La compréhension de ces trois éléments peut influencer grandement l'élaboration des futurs programmes. J'insiste particulièrement sur le fait qu'il faut maintenant envisager les processus d'évaluation et d'appréciation du rendement non plus comme la phase terminale du "curriculum" mais plutôt comme la démarche initiale dans l'élaboration d'un projet pédagogique. Cela peut vous surprendre, mais je pense que, malgré tout, il est essentiel de s'arrêter à cette vision nouvelle des faits, autant ici qu'aux États-Unis. Je crois que si l'on possède et si l'on utilise adéquatement des approches

pédagogiques flexibles orientées sur l'éducation des adultes et que, parallèlement, on administre des examens valables autant théoriques que pratiques pour évaluer et apprécier le rendement des élèves, cela influencera tous les aspects du "curriculum" et plus particulièrement les objectifs, le rôle des enseignants, le rôle des élèves, les ressources pédagogiques; la documentation concernant l'évaluation et les résultats attendus. Dans la plupart des programmes actuels, les méthodes pédagogiques et les modes d'évaluation de l'apprentissage sont perçus comme des éléments secondaires dans le développement du "curriculum". Cependant, dans les programmes qui s'intéressent spécifiquement aux adultes, ces éléments devraient être à la base de l'élaboration du programme, car ils influencent de façon significative tous les aspects que comprend le développement d'un "curriculum". Aussi, je suggère que dès le début de l'élaboration d'un "curriculum" et non seulement à la fin, on se penche sur les notions déjà nommées: l'éducation basée sur la compétence, l'éducation des adultes et l'évaluation de l'apprentissage.

Je vais maintenant aborder avec vous quelques idées émises par différents auteurs qui se sont penchés sur le problème du "curriculum". Plusieurs questions ont surgi à la suite de leurs recherches. À partir des trois courants d'idées les plus débattues on retrouve, par exemple, les questions suivantes: Jusqu'à quel niveau de spécialisation doit-on pousser l'éducation de base en soins infirmiers? Comment utiliser les méthodes d'enseignement non-conventionnelles pour les adapter aux besoins de la clientèle actuelle? Comment préparer les élèves aux défis que présente le futur pour la profession infirmière? Ces trois questions touchent d'une façon ou d'une autre toutes les personnes impliquées dans l'élaboration d'un "curriculum" et devraient nous amener à des réflexions positives. Certains chercheurs ont affirmé que le fait d'utiliser un "curriculum" déjà existant pour répondre aux besoins d'élèves actuels constituait une erreur flagrante. Un autre auteur parle d'un "curriculum" axé sur l'avenir et capable d'intégrer les besoins de l'élève, ceux de l'institution et les demandes du futur. Cela n'a pas toujours été ainsi et ces questions n'ont pas toujours été soulevées.

L'encyclopédie définit le "curriculum" comme étant l'ensemble des expériences vécues par l'élève sous la tutelle de l'école Cette définition large du "curriculum" comprend donc le contenu, les méthodes pédagogiques, les besoins de l'élève et l'évaluation finale. Cette définition s'avère donc la plus appropriée, car elle réunit en un tout concret l'élève, les méthodes pédagogiques et les modalités d'évaluation. Je vous parlerai surtout de l'évaluation en terme "d'appréciation et d'évaluation objective du rendement" ce qui s'avère totalement différent de l'évaluation subjective et ambiguë utilisée depuis toujours dans les champs cliniques.

Tous ceux qui oeuvrent dans l'éducation en soins infirmiers savent que des forces externes et internes entrent en jeu dans l'élaboration de tout programme ou "curriculum". Wood et Davis en ont identifié plusieurs Ces facteurs ont une influence profonde sur le développement du "curriculum". Parmi les facteurs ou influences externes, nous pouvons identifier les points suivants: le public et ses demandes, les tendances intellectuelles et académiques, les règlements gouvernementaux et ceux des organismes d'accréditation, les pouvoirs de la collectivité, le potentiel d'étudiants, le budget... Parmi les facteurs ou influences internes on peut classer les différentes facultés, les responsables et les professeurs de ces facultés, les élèves et les activités para-scolaires.

Ces deux sortes de données jouent des rôles différents. Les facteurs qui influencent le "curriculum" de l'extérieur nous incitent et nous poussent à modifier et à changer nos techniques éducatives. De leur côté, les influences internes jouent un rôle sur la durée et sur l'étendue du changement apporté. Ainsi donc, les facteurs autant internes qu'externes, nous influencent directement et dirigent nos recherches dans des voies plus ou moins spécifiques.

La plupart des changements apportés aux différents programmes sont habituellement partiels et rarement planifiés en fonction d'un changement

global du "curriculum". Souvent ils ne sont qu'un remaniement réalisé à partir d'anciennes données auxquelles on a apposé de nouvelles étiquettes. Ces modifications sont aussi souvent reliées au changement des professeurs et à leur mobilité. La matière enseignée aux élèves est hélas trop souvent le reflet des différents professeurs de la faculté qui y expriment, en quelque sorte, leur propre philosophie et leur engagement personnel en regard des soins infirmiers. Les changements sont alors de simples remaniements et ne se produisent que lorsqu'il y a des mutations du corps professoral ou lorsque les professeurs modifient leur philosophie de l'éducation. Ainsi et hélas trop souvent, les révisions ne sont entreprises qu'au fur et à mesure de l'évolution de la faculté, de son adaptation aux changements, et de la modification, par ses membres de leurs approches. Trop souvent ces changements ne visent qu'à modifier les anciennes structures en y ajoutant ou en y enlevant des cours et des exigences académiques.

Si l'on considère le développement du "curriculum" comme une entité globale, il devient une entreprise difficile. Cette démarche demande un esprit collectif de collaboration et d'implication personnelle sous la direction d'un leader fort. Ce dernier doit être prêt à prendre des risques. C'est souvent le changement de leader qui amène le renouveau dans le "curriculum". Cela stimule les professeurs et fait bouger les anciennes structures. Sans stimulation, les normes sont difficiles à modifier et si, avec le temps, elles se sont solidifiées, il est presque impossible d'espérer un changement.

Il faut donc se poser de nouvelles questions. Aux besoins de qui doit répondre un "curriculum": à ceux de l'élève, de la faculté, de la société? Quelles sortes d'élèves doit-il viser et pour l'obtention de quels résultats? Ces questions sont vitales pour l'élaboration d'un programme d'éducation en soins infirmiers et doivent être à la base de toute démarche en vue de l'élaboration d'un "curriculum". En effet la nature, la forme, le but et la portée d'un "curriculum" doivent être en relation à la fois avec les besoins de l'élève et avec les buts, les

traditions, les convictions et les politiques de l'institution d'enseignement.

Si un programme est basé en priorité sur les besoins de l'élève, il sera obligatoirement flexible et diversifié, mais devra tout de même assurer la qualité des résultats ou des objectifs visés par la faculté. De plus, si le programme vise particulièrement les étudiants adultes, les méthodes pour en assurer la flexibilité et la diversité prendront encore une importance plus grande et devront être choisies avec le plus grand soin. La flexibilité et la diversité devraient nécessairement faire partie de tous les programmes, mais ces deux facteurs doivent davantage être mis en évidence dans tout programme touchant les étudiants adultes.

Si, pour l'élaboration d'un nouveau "curriculum" on se limite à partir d'un modèle déjà connu, on ne réalisera qu'un aménagement nouveau du programme précédent. Il ne faut donc pas avoir peur de viser haut, c'est-à-dire de viser le "curriculum" idéal. En cherchant à développer et à élaborer un modèle idéal de "curriculum", on répond à plusieurs besoins et cette démarche réalise plusieurs objectifs. Ainsi, elle nous permet de nous pencher sur ce que l'on fait pour pouvoir offrir ce qu'il y a de mieux. Elle nous donne aussi de nouvelles idées, nous offre des possibilités originales et, souvent, nous fait réaliser que plusieurs contraintes traditionnelles inscrites dans le programme sont inutiles et sorties de l'imagination des créateurs et qu'elles ne correspondent plus alors à la réalité.

Il faut prendre du recul et tout repenser. C'est le seul moyen de changer. Pourquoi ne pas oser repartir à neuf plutôt que de ne viser qu'à faire des aménagements nouveaux? Pourquoi ne pas se poser les questions suivantes: Qu'ai-je à offrir qui pourrait être différent de ce qui existe déjà? Que pourrais-je offrir pour stimuler les élèves et poser un défi intéressant aux professeurs? Quel programme pourrait amener une nouvelle et meilleure pratique des soins infirmiers?

Seules les questions et les réflexions de ce genre constituent une base solide pour élaborer de réels changements au niveau du "curriculum".

Plusieurs raisons nous motivent à rechercher des solutions nouvelles dans le "curriculum", au niveau des soins infirmiers. La raison le plus importante se retrouve au niveau de la profession elle-même. En effet, la profession infirmière évolue; c'est actuellement une profession où il y a beaucoup d'éléments obscurs et imprécis et qui traverse une période trouble. Les membres de la profession se cherchent une place dans le domaine de la santé et veulent se différencier des autres travailleurs de ce domaine. À différents niveaux, des conflits surgissent et nous amènent à réviser les données de base de la profession afin de rechercher de nouvelles solutions.

Aux différents niveaux, c'est-à-dire aux niveaux national, provincial, local, on sent beaucoup d'anxiété et d'incertitude chez les membres de la profession. Cela peut toucher autant la sécurité d'emploi, l'importance et la valeur du rôle du professionnel de la santé ou encore sa contribution professionnelle à la société en général. Tous les milieux infirmiers se penchent sur le sujet et ces problèmes suscitent beaucoup de discussions à tous les niveaux. Quelle direction doit-on prendre? On discute beaucoup et parfois très longuement, mais, malgré tout, la prise de décisions tarde à venir. On doit agir maintenant et cesser de discuter. Aux États-Unis, on repousse les changements de dix ans en dix ans et ce mal; cette indécision est généralisée à tous les niveaux dans le domaine des soins infirmiers.

Actuellement aux États-Unis, nous faisons face à un problème important; un sentiment d'aliénation et de frustration chez une bonne proportion des membres de la profession infirmière. Les infirmières diplômées se sentent menacées si elles ne possèdent pas un baccalauréat ou un diplôme de niveau supérieur en soins infirmiers. Environ 80% du million d'infirmières pratiquantes aux États-Unis ont étudié les soins infirmiers deux ou trois ans mais ne possèdent pas de baccalauréat. Toutes ne

désirent évidemment pas l'obtenir, mais une bonne majorité se sentent obligées et pressées de s'engager dans un programme de perfectionnement. Même si, dans les faits, on n'exige pas le baccalauréat pour la pratique des soins infirmiers et qu'il ne s'agit encore que d'un voeu pieux ou d'une prévision futuriste, la frustration existe malgré tout chez les infirmières et les infirmiers diplômés. Nombreux sont ceux qui cherchent à se perfectionner.

Comment doit-on alors les recycler, les mettre à date? Quel programme peut-on offrir à ces 800,000 infirmiers et infirmières autorisés qui veulent se perfectionner pour conserver leur statut professionnel? Nous sommes en présence d'un nombre imposant de personnes dont il faut absolument s'occuper et, rapidement, il nous faut trouver des moyens pour répondre à cette demande massive. C'est presque une tragédie, car il n'y a pas de place pour eux dans les institutions traditionnelles. Que doit-on faire alors avec cette masse d'infirmiers et d'infirmières? Doit-on les faire recommencer à neuf alors que la majorité d'entre eux sont déjà compétents, responsables, expérimentés et sentent qu'ils perdent leur temps en répétant des apprentissages déjà acquis? Certains sont prêts à retourner à l'université, mais la majorité d'entre eux n'ont pas cette possibilité. Cependant, si on leur en donne l'opportunité, tous sont prêts à s'engager dans un programme précis et adapté à leurs besoins.

Vous avez sûrement entendu parler d'inflation. Cette plaie touche aussi le secteur de l'éducation. L'éducation est coûteuse et on ne peut se permettre de luxueuses expériences académiques, ni se payer le luxe de les répéter inutilement. Les programmes doivent donc être adaptés et non répétitifs. Il faut rendre le projet éducatif abordable, économique en partant de ce qui est déjà connu pour arriver à des résultats efficaces, utiles et rapides.

Il faut tenir compte des données nouvelles en éducation et aussi des apprentissages que ces adultes ont déjà faits. Ils doivent être

traités comme des individus capables, motivés, possédant le potentiel nécessaire pour atteindre un niveau supérieur en soins infirmiers. On doit aussi leur permettre des programmes flexibles, diversifiés mais basés sur des objectifs très précis. Dans l'élaboration d'un tel programme il faut trouver des moyens pour convertir les connaissances et les apprentissages antérieurs, les valoriser et ensuite amener les adultes à répondre aux nouvelles normes et aux besoins actuels de la profession.

Ce potentiel d'adultes est déjà en place et ne demande qu'à être aidé pour évoluer. Comment alors les recycler pour les amener à répondre aux multiples changements? Bien sûr, il y a déjà des programmes de baccalauréat pour les infirmiers et les infirmières, mais plusieurs de ces programmes ne sont pas orientés spécifiquement en soins infirmiers et cela peut devenir un problème car, souvent, ils ne sont pas appropriés. Que peut-on faire pour l'"apprenant" adulte qui demande une éducation continue? Il est légitime et urgent de se pencher sur le potentiel infirmier déjà en place et de leur permettre d'évoluer dans la mesure du possible pour atteindre le maximum de leur potentiel. Tout comme l'emblème de votre colloque, c'est-à-dire le papillon, ils doivent eux aussi avoir la possibilité de s'envoler.

En élaborant un programme pour des étudiants adultes, il faut de nouveau reconsidérer les forces qui influencent la profession de l'extérieur. Ainsi il faut se rappeler que les soins infirmiers sont d'abord un service rendu à la population et que celle-ci veut être servie adéquatement, c'est-à-dire par un personnel compétent. Peu à peu une notion nouvelle se dégage; c'est celle de la compétence et de la fiabilité, donc celle de l'éducation basée sur la compétence. Cette éducation serait spécialisée et viserait des objectifs terminaux clairement définis dès le départ.

Dans un tel concept d'éducation basée sur la compétence, le rôle de la faculté se modifie. Ce sont les professeurs qui doivent

spécifier ce que l'élève doit savoir et rendre ce dernier responsable d'atteindre des objectifs précis. Pour cela les professeurs doivent utiliser des outils spécifiques qui sont des méthodes objectives d'évaluation de la performance. Ainsi donc en regroupant les deux concepts, c'est-à-dire l'éducation basée sur la compétence et l'évaluation objective de la performance, on obtient une alternative nouvelle en soins infirmiers. C'est une nouvelle sorte de programme plutôt compétitif, original, stimulant et adapté aux "apprenants" adultes. Ce n'est pas un aménagement nouveau des anciens programmes. Différentes méthodes d'apprentissage basées sur la flexibilité ont été utilisées avec succès pour les adultes. Ce sont: l'apprentissage par contrat, l'éducation personnalisée, l'apprentissage à l'aide de l'ordinateur, le tutorat, les cours par correspondance, l'enseignement programmé selon le rythme d'apprentissage de l'"apprenant", les études par vidéo, par modules et par recherches personnelles. Toutes ces méthodes peuvent évidemment être utilisées avec succès dans les autres programmes destinés aux débutants dans la profession, mais s'avèrent particulièrement profitables pour les adultes.

Actuellement nous avons élaboré de nouveaux examens généraux pour l'évaluation des soins infirmiers. Ils peuvent être utilisés partout dans le monde et nous nous proposons de les rendre disponibles; ces examens servent à évaluer de façon objective la performance de l'élève. Ces tests d'évaluation de la performance, administrés avec cinq (5) examens de type cognitif permettent à l'élève d'atteindre un niveau académique supérieur en soins infirmiers. Si, de plus, il les combine avec soixante-douze crédits généraux en arts et en sciences, l'élève obtient son baccalauréat. Ces tests ont été développés par *The University of the State of New York* dans le cadre de son *Regents External Degree* et ils servent de documents d'évaluation de la performance à partir d'objectifs précis fixés pour la pratique des soins infirmiers.

Toutes ces nouvelles recherches et expériences nous donnent des idées pour nous amener à modifier nos données et, possiblement, nous

amener à restructurer nos programmes pour les débutants dans la profession, mais surtout pour les adultes. Elles proposent des solutions nouvelles. Il faut donc prendre du recul, regarder et examiner avec soin ces nouvelles approches, en voir les possibilités et les évaluer. Il faut aussi être capable de répondre à certaines questions et s'ouvrir sur une nouvelle philosophie en soins infirmiers. En voici quelques-unes: S'il le fallait pensez-vous pouvoir sortir du moule traditionnel pour l'enseignement de la profession? Seriez-vous capable de laisser à l'élève le contenu de l'apprentissage? Pourriez-vous vous adapter à un nouveau rôle d'enseignant où vous n'auriez pas à donner de l'enseignement comme tel? Êtes-vous capable de voir vos élèves hors de l'école ou de la classe? Seriez-vous capable de séparer la théorie de l'étude de la performance et de l'évaluation de la performance?

Dans ce sens, le programme de *Regents External Degree* est une alternative valable et créatrice, car elle se veut un mélange de trois mouvements importants et actuels en éducation, c'est-à-dire l'éducation des adultes, l'éducation basée sur la compétence et l'évaluation de l'apprentissage. Le programme tire des éléments de chacun de ces trois mouvements. 1° De l'éducation des adultes, il conserve la philosophie suivante: la diversité, le choix, la flexibilité, l'individualisation, l'autonomie de l'"apprenant", la responsabilité de l'"apprenant", l'apprentissage par expérience. Ce sont tous des éléments académiques acceptables et appropriés à l'éducation des adultes. 2° Du mouvement qui vise l'éducation basée sur la compétence, en découle la philosophie suivante: les objectifs abstraits et non mesurables des programmes doivent être rendus plus clairs, plus concrets et plus explicites. Ils doivent ensuite être décrits à l'élève en des termes mesurables et simples pour l'amener à élaborer son cheminement personnel et à guider son apprentissage. Il faut, dès le début, fixer les objectifs terminaux et prévoir le produit fini. Qu'attend-t-on de l'élève? Quel niveau de performance doit-il atteindre et dans quel domaine? Ainsi l'élève sait ce qu'il doit faire, ce qu'il doit devenir en poursuivant son apprentissage et ce à quoi il doit ressembler à la fin. S'il le sait dès le début, il

sauve ses énergies et s'oriente immédiatement en regard des normes correspondantes aux objectifs de l'institution. 3° Enfin à partir du mouvement de l'éducation basée sur l'évaluation de l'apprentissage et de la compétence, le programme retient la philosophie suivante: les données essentielles de l'apprentissage peuvent être documentées par des examens écrits servant à évaluer la théorie et la pratique en regard de la performance. Ces examens sont des moyens d'apprentissage semblables aux méthodes traditionnelles, c'est-à-dire qu'on peut tout évaluer par des examens et que ces derniers deviennent des outils d'apprentissage qui se comparent souvent favorablement à ceux qu'utilisent les méthodes traditionnelles. Ces examens permettent d'aller aussi loin que toute autre méthode dans l'apprentissage des soins infirmiers.

Évidemment, tout le monde ne croit pas qu'on puisse créer un programme d'enseignement en élaborant des objectifs et en partant des connaissances antérieures acquises par les élèves. Les philosophies sont différentes et c'est pourquoi des programmes pilotes sont essentiels pour prouver certaines théories. Il faut donc essayer de combiner les différents éléments valables des trois courants précédemment nommés en éducation pour obtenir un programme dans lequel les adultes arriveront à utiliser leur savoir antérieur, à le relier à de nouvelles données en utilisant des méthodes multiples et personnelles et en établissant un horaire qui leur est propre. Cependant dans tous les cas il faut qu'un programme cadre soit établi à partir de normes et d'objectifs précis. C'est seulement de cette façon qu'on pourra obtenir un programme documenté et rigoureux dont les objectifs seront évaluables et mesurables.

Avec un tel programme les rôles des partenaires en éducation vont devoir automatiquement se modifier. La faculté deviendra responsable de ce qui doit être appris et su. Elle devra aussi créer tous les instruments objectifs pour documenter l'élève, le guider dans son apprentissage et faciliter chez lui l'atteinte des objectifs prédéterminés. Les élèves auront la responsabilité d'étudier, de trouver comment organiser les ressources et les méthodes données pour élaborer leur

programme. Ils seront responsables de leur apprentissage et de leur horaire et devront démontrer leur capacité à réussir ce qui leur est demandé et à prouver leur compétence. En résumé, dans un tel programme, de nouveaux rôles vont émerger, mais il faut surtout retenir que les professeurs resteront responsables de fournir une documentation complète à leurs élèves et que ces derniers prendront la responsabilité de leurs études pour arriver à prouver leur compétence à un niveau spécifique de pratique des soins infirmiers.

Ce n'est donc pas un programme défini à l'avance, mais élaboré et créé pour chaque individu et dans lequel il n'y a pas de cours défini comme tel, mais de nouvelles responsabilités à assumer pour les professeurs et les élèves. Ce programme n'est donc pas seulement une autre option non traditionnelle; il est centré totalement sur l'évaluation objective de l'apprentissage comme étant la seule alternative aux autres programmes basés sur l'enseignement proprement dit. C'est le point de différence important entre cette nouvelle conception de l'enseignement des soins infirmiers et l'option traditionnelle. Le programme est aussi une alternative qui, tout en permettant la flexibilité maximale dans tous les aspects du processus d'apprentissage, reste malgré tout basée sur des méthodes rigides et précises d'évaluation de la performance à partir d'objectifs pré-déterminés. Il diffère donc des programmes conventionnels visant à diriger et à contrôler le processus d'apprentissage plutôt qu'à développer des méthodes spécifiques d'évaluation.

En élaborant un programme qui utilise des éléments provenant de ces trois philosophies de l'éducation on obtient une alternative valable aux autres programmes définis à partir de cours spécifiques. En effet, cette solution éducative se situe dans un continuum et se retrouve surtout à la fin de l'apprentissage, car elle doit être perçue comme un programme total d'évaluation. Le programme est vu comme une continuité. Si vous tracez une ligne avec, à l'une des extrémités l'éducation traditionnelle et à l'autre extrémité l'évaluation globale, vous réalisez que l'éducation basée sur l'évaluation doit nécessairement se situer à la fin du continuum.

Dans un programme basé entièrement sur des processus d'évaluation de l'apprentissage, certaines techniques sont utilisées plus fréquemment comme, par exemple, le transfert des crédits. Les individus peuvent donc entrer dans le programme et le réaliser dans son entier sans jamais aller en classe ni assister à un seul cours. L'élève doit prendre la responsabilité globale de son programme et c'est en cela que cette perspective nouvelle s'avère stimulante pour l'"apprenant" adulte.

La plupart de nos programmes actuels ne sont que des variations sur des thèmes anciens, des réalisations antérieures, des notions dépassées de la compétence et des méthodes d'enseignement traditionnel. Il faut initier des changements. Il est possible de faire quelque chose de différent pour des élèves . Ces solutions nouvelles pourraient être autant sinon plus utiles que les précédentes. Le programme tel que décrit plus haut est une de ces approches. Elle permet de rendre le "curriculum" plus flexible, mais en même temps, nous oblige à des méthodes de contrôle rigides de ce qui a été fait avant afin de déterminer le résultat à atteindre au niveau de la compétence et du comportement. En général, les autres méthodes visent surtout à contrôler l'apprentissage plutôt que les objectifs terminaux.

Si la philosophie d'un programme est totalement centrée sur l'"apprenant" et que l'on parvient à orienter objectivement son apprentissage, alors les rôles sont changés de façon drastique en même temps que les outils pédagogiques et que les méthodes d'enseignement. Un tel programme établit les objectifs à atteindre et donne en détail ce qu'il faut pour y arriver selon le rythme choisi par l'élève sans cependant donner des cours comme tels. Les élèves peuvent utiliser toutes les opportunités d'apprentissage disponibles, qu'elles soient structurées ou non structurées, sur le campus ou au travail, individuelles ou en groupes, passées ou présentes. Les transferts de crédits sont acceptés et quand l'étudiant se sent prêt et seulement à ce moment, il se présente aux examens écrits et aux examens de performance pour évaluer son apprentissage. Les professeurs n'enseignent pas, mais ce sont eux qui

développent et déterminent les modes d'évaluation. L'élève détermine son horaire, son programme, la séquence et le rythme de son apprentissage, les ressources dont il a besoin et se rend responsable de l'ensemble de son programme. Il n'y a donc à ce niveau aucune limitation de temps et d'espace et les élèves peuvent apprendre comme ils le veulent, quand ils le veulent et aussi longtemps qu'ils le veulent.

The University of the State of New York n'est pas une université traditionnelle. On pourrait la comparer à une université qui ne fait qu'administrer des examens. Ce n'est pas une faculté ni un campus, mais elle ressemble plutôt à un ministère de l'Éducation tel que vous le concevez dans votre pays.

Actuellement, l'Université de l'État de New York offre huit programmes de ce genre dans lequel 35,000 élèves sont inscrits. 15,000 diplômes ont déjà été donnés. Depuis 1975, 850 gradués ont complété leur programme de baccalauréat en soins infirmiers. Plus de 5,000 sont inscrits dans des programmes de niveau baccalauréat. Donc environ 9,000 étudiants travaillent actuellement dans des programmes de ce genre. Ce sont des élèves responsables, intéressés et qui s'attendent à ce qu'on leur dise clairement ce qu'ils doivent apprendre. Ils sont capables de le faire à partir de ce qu'ils sont déjà, car ce sont des adultes matures et intéressés à leur profession. Ils sont aussi stimulés parce que, à la fin du cours ils obtiennent un diplôme, c'est-à-dire le passeport qu'il leur faut pour prouver leur capacité à répondre aux changements de la profession.

Pour certains, ce programme est une bénédiction, une lumière au bout du tunnel ou une réponse à leurs prières. Pour d'autres, c'est parfois un cauchemar car c'est une des méthodes d'éducation qui se classe parmi les plus exigeantes. Malgré tout, c'est une alternative que nous devons envisager pour nos programmes futurs. Plusieurs aspects de ce programme peuvent être utilisés dans le cadre des programmes réguliers. Cependant ce sont surtout au niveau de programme visant à

répondre aux besoins d'infirmières et d'infirmiers compétents et responsables que ces données sont actuellement les plus appliquées. Le *Regents External Degree* n'est pas seulement un nouveau programme mais une façon nouvelle d'envisager la pratique des soins infirmiers basée sur la recherche de la compétence et sur l'évaluation du rendement. C'est un pivot important pour le futur. Il deviendra une des méthodes favorisant l'évolution de la profession en vue de l'amélioration des services à la société. C'est une approche nouvelle, mais peut-être aussi sera-t-elle le maillon qui pourrait amener la tradition en soins infirmiers à évoluer et à passer avec honneur l'épreuve des années 80.

En conclusion, le progrès n'est réalisé que par ceux qui sont prêts à prendre des positions souvent impopulaires et des risques personnels et professionnels. Je vous encourage à prendre ces positions et ces risques pour permettre l'avancement de notre profession, mais aussi pour atteindre un haut niveau d'autonomie personnelle afin de répondre aux défis du futur.

L'APPLICATION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL AU PROGRAMME D'ÉTUDES COLLÉGIALES

Evelyn Adam, M. Nurs., inf., professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Dans l'exercice de la profession d'infirmière, tout comme dans l'exercice d'autres professions de service, l'on peut choisir entre la formation, la pratique et la recherche. Dans la formation, l'on peut administrer le programme ou l'enseigner; dans la pratique, l'on peut administrer le service ou être soignante et dans la recherche, l'on peut avoir des fonctions surtout administratives ou des fonctions d'investigateur. Vous avez choisi la formation, c'est-à-dire que vous avez choisi de former les futures praticiennes*. Vous enseignez pour l'exercice de demain.

Former les futures infirmières est une lourde responsabilité. Enseigner les Techniques infirmières implique que vous sachiez ce qu'est une infirmière et en quoi consistent les Techniques infirmières. Cette certitude, qui n'est que relative, vient d'une conception claire et explicite de la profession d'infirmière et, comme vous le savez, lorsque votre façon de voir la profession est précise et complète, cela signifie que vous avez un modèle conceptuel.

Donc, votre enseignement des Techniques infirmières est basé sur un modèle conceptuel. Je dis bien "basé sur", car on n'enseigne pas un modèle conceptuel et encore moins deux ou trois modèles conceptuels et ce, au sein d'un même programme. Le modèle conceptuel n'est pas une matière académique parmi d'autres; il n'est pas un contenu à placer dans un programme comme l'on y place un cours sur la toxicomanie ou sur l'immobilité. Au contraire, le modèle conceptuel, parce qu'il offre des directives pour la formation, la pratique et la recherche, est à la base du programme; il en est le fondement même. Le modèle précède alors l'élaboration du programme et l'admission des étudiantes; il indique les buts

* Le féminin englobe le masculin.

et les objectifs et il guide le choix de toutes les matières académiques.

Comment le modèle conceptuel guide-t-il le choix de toutes les matières académiques? Supposons que vous élaborez un nouveau programme basé sur un des modèles conceptuels. Il sera destiné aux étudiantes de première année, parce que vous laisserez sans doute celles de deuxième et de troisième années continuer avec l'ancien programme. Le nouveau programme a un but général, des cours théoriques et des cours pratiques ou stages. Il en a été ainsi dans l'ancien programme; cependant, les cours théoriques et les stages, bien que basés sur quelque chose, ne l'étaient pas nécessairement sur une conception propre à la profession d'infirmière.

Les cours théoriques se divisent en matières propres à la profession, en matières connexes provenant d'autres disciplines et en matières communes à plusieurs professions. Selon chaque année, selon chaque cours et selon chaque stage il y a des objectifs, tous reliés au but général du programme de Techniques infirmières.

J'aimerais reprendre le but, les cours et le stage et voir comment ils peuvent s'inspirer d'un modèle conceptuel.

Le but général du programme est de former un travailleur de la santé, plus spécifiquement une infirmière. Et qu'est-ce qu'une infirmière? Si, par exemple, vous avez adopté le modèle de Callista Roy, c'est un agent d'adaptation. Si, pour prendre un autre exemple, vous avez choisi le modèle d'Orem, c'est un assistant de soins autonomes ("self-care"). Vous vous engagez à former des infirmières et le modèle conceptuel clarifie ce qu'est une infirmière.

Quelles connaissances sont nécessaires pour être infirmière? Les matières propres à la profession d'infirmière sont définies par le modèle conceptuel. Si, par exemple, le programme est basé sur le modèle

de Virginia Henderson, il s'agit des concepts tels que: indépendance, besoin fondamental, hiérarchie des besoins, intégrité, etc. Le but de la profession est de maintenir ou de rétablir l'indépendance dans la satisfaction des besoins fondamentaux et l'infirmière joue un rôle de suppléance pour ne parler que de ces deux éléments. Si, par contre, vous vous inspirez du modèle de Dorothy Johnson, il s'agit des concepts "système, sous-système, équilibre, comportements" etc. Le but de la profession est de maintenir ou de rétablir l'équilibre et la stabilité dans le système de comportements et l'infirmière joue un rôle de contrôleur et de régulateur.

Vous enseignez donc selon une conception explicite de la profession. Vous indiquez cependant aux étudiantes qu'il y a d'autres façons de concevoir les techniques infirmières; qu'on peut avoir une autre image mentale des soins infirmiers. Il reste que, dans votre école, votre conception est claire et précise.

Les matières connexes sont aussi choisies en fonction du modèle conceptuel, mais elles diffèrent peu quelque soit le modèle choisi. Tous les "auteurs-infirmières" conçoivent l'homme comme un être bio-psycho-social; il s'ensuit qu'il faut, pour être infirmière, avoir des notions en biologie, en psychologie et en sociologie. Selon Callista Roy, par exemple, l'homme réagit selon quatre modes d'adaptation à trois sortes de stimulus. Pour reconnaître et comprendre ses réponses dans le mode appelé "besoins physiologiques", il faut des connaissances en biologie, en physiologie, en anatomie et en pathologie. Pour reconnaître et comprendre les réponses de l'homme dans son mode "concept de soi", il faut des connaissances en psychologie et pour comprendre ses réponses dans les modes "fonction de rôle" et "interdépendance", il faut des connaissances en psychologie, en sociologie et en anthropologie. Il faudrait les mêmes connaissances pour apprécier les cinq dimensions de chacun des quatorze besoins fondamentaux du modèle de Henderson, et les mêmes connaissances pour assister l'homme dans les six activités autonomes décrites par Dorothea Orem.

Quant aux matières communes à plusieurs professions, il y a surtout la relation d'aide et la démarche systématique. Si la relation d'aide n'est pas unique à notre profession, elle est, à mon avis, le sine qua non des soins infirmiers. Si la relation d'aide n'est pas ce qui nous distingue d'autres professions de la santé, elle est, néanmoins, l'ingrédient essentiel à notre profession. Que vous formiez un agent d'indépendance ou un agent d'adaptation, la relation même qui existe entre le client et l'infirmière est d'une importance capitale; ce qui se passe entre ces deux personnes influe sur la qualité des soins prodigués.

La démarche systématique est aussi commune à toute profession, voire à toute personne. Ce processus délibéré, cette méthode scientifique n'est pas unique aux infirmières; passer par les étapes d'une démarche logique n'est pas ce qui nous distingue d'autres professions "aidantes". Mais que vous vous inspiriez de la conception d'Orem, de celle de Johnson ou de celle de tout autre auteur, cette conception restera au niveau de l'abstraction si une démarche systématique n'est pas entreprise afin de la traduire dans la réalité.

Les stages ou les expériences cliniques sont choisis pour que l'étudiant applique des connaissances, utilise la démarche systématique et vive une relation d'aide. Je précise que la relation d'aide n'est ni appliquée, ni utilisée de la même façon que la démarche. La relation est ce qui se passe entre le client et l'étudiante; "aidante" ou non, la relation se vit. L'étudiante cherche à développer des attitudes qui, exprimées par des comportements, faciliteront une relation "aidante".

Les stages sont planifiés en fonction du modèle conceptuel. Si le but de la profession est de favoriser l'adaptation de l'homme dans ses quatre modes, l'étudiante fera ses premiers stages auprès de clients qui ont des problèmes d'adaptation relativement simples. Elle s'engagera plus tard dans des situations cliniques où les clients ont, soit de multiples problèmes d'adaptation soit des problèmes d'adaptation complexes.

L'étudiante appliquera ses connaissances, en utilisant la démarche systématique auprès de jeunes et de moins jeunes, auprès de cardiaques, de diabétiques et d'accidentés, en milieu hospitalier et extra-hospitalier et ce, toujours en essayant de développer les attitudes qui se traduisent dans une manière d'être que le client percevra comme "aidante".

Dans un programme basé sur le modèle d'Orem, les stages permettent d'abord de vivre des situations d'apprentissage où les clients sont relativement autonomes, c'est-à-dire qu'ils ont peu de problèmes dans le maintien de leurs propres soins et, ensuite, des situations où les clients sont de moins en moins autonomes. Avec le modèle d'Orem, l'étudiante applique aussi la démarche systématique auprès de clients ayant différents diagnostics médicaux et venant de différents milieux socio-économiques. L'étudiante s'applique aussi à développer les attitudes fondamentales à l'égard d'une relation d'aide.

Cependant, où trouver ces clients relativement adaptés, autonomes, indépendants? À l'hôpital ou en dehors de l'hôpital? En chirurgie ou en médecine? Chez les enfants ou chez les personnes âgées? La réponse dépend des ressources du milieu. Il existe sans aucun doute des vieillards plutôt dépendants tout comme il en existe qui soient plutôt indépendants; en cardiologie, il y a des malades bien adaptés; d'autres moins bien adaptés. Il est entendu qu'à l'hôpital, les malades sont groupés selon leur diagnostic médical; ceci ne nous empêche pas de poursuivre nos buts pédagogiques et de favoriser l'apprentissage des étudiantes dans la promotion de l'équilibre ou de l'adaptation, toujours selon le modèle. En orthopédie comme en obstétrique, l'étudiante apprend des soins infirmiers; elle n'apprend pas les soins orthopédiques ni les soins obstétricaux. Elle apprend des soins infirmiers auprès de clients ayant un diagnostic obstétrical ou orthopédique; le diagnostic médical est donc une variable importante qui influe sur l'adaptation ou l'indépendance du client. L'étudiante apprend également la prévention primaire, secondaire et tertiaire, la prévention des problèmes d'adaptation ou des problèmes

de "*self-care*", c'est-à-dire selon son schème conceptuel.

Les techniques mêmes, les protocoles, l'asepsie...sont enseignés comme moyens d'atteindre le but, que le but soit de favoriser l'adaptation du client, de promouvoir son équilibre, de maintenir son autonomie ou tout autre. Les soins d'une trachéotomie sont appris, par exemple, pour aider le client à satisfaire son besoin de respirer; d'autres techniques sont requises pour collaborer avec la médecine dans l'exécution des ordonnances médicales.

L'agencement des cours et des stages dépend de l'organisation de chaque école, de la disponibilité des milieux de stages, des effectifs de laboratoire et de professeurs...

Nous avons vu que le but du programme, les cours et les stages sont basés sur un schème conceptuel propre à la profession d'infirmière. Ceci implique que les professeurs connaissent bien le modèle conceptuel sur lequel le programme est fondé. Ceci implique que les professeurs ont intégré tous les concepts et les sous-concepts du modèle; qu'ils ont élaboré les instruments de collecte de données et de plans de soins à partir du modèle; qu'ils ont fait des collectes de données; qu'ils les ont interprétées; qu'ils ont planifié, exécuté et évalué les soins en fonction du modèle.

Il est donc exigeant d'enseigner les Techniques infirmières. Enseigner selon un modèle spécifique à la profession d'infirmière est peut-être plus exigeant que d'enseigner selon une conception moins explicite et moins précise. Cependant, avons-nous le choix? Est-il possible que ce travailleur de la santé qui s'appelle infirmière soit remplacé par d'autres professionnels? ...À moins de préciser sa raison d'être au sein de l'équipe multidisciplinaire. Préciser sa raison d'être n'est pas nécessairement garant de longue vie, mais ne pas la préciser me semble dangereux. Et enseigner les Techniques infirmières, sans préciser ce

qu'elles sont, me semble injuste envers les étudiantes. Un programme de formation, basé sur un modèle conceptuel spécifique à notre profession prépare les étudiantes pour l'exercice de demain.

LES INSOLENCES D'UNE PRATICIENNE

Nicole David, M. Nurs., inf., infirmière clinicienne, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal.

J'ai été invitée aujourd'hui, pour perpétuer la tradition des dialogues de sourds entre les milieux cliniques et les milieux enseignants. En effet, au centre d'un colloque de deux jours et demi orienté sur l'enseignante, sur l'étudiante et sur les méthodes pédagogiques, on me retrouve soudainement pour représenter la vision du milieu clinique. Ceci est typique de l'ensemble des colloques sur l'enseignement des soins infirmiers et donne toujours lieu à des articles subséquents sur le fossé qui existe entre "l'enseignement" et la "pratique". Il me semble que tout le monde entretient le mythe avec dévotion et chacun semble motiver sa propre inertie par le soi-disant "mur de Berlin" qui existe entre les deux groupes. On risque d'assister à un durcissement et à une cristallisation de ces positions, puisque l'on a trouvé des mots attrayants pour décrire la situation: on parle de choc culturel pour la nouvelle diplômée, de coexistence de deux cultures durant l'apprentissage... Tout le monde sait qu'un changement de vocabulaire permet de conserver le statu quo réel, tout en donnant l'illusion d'un changement bénéfique ou d'une compréhension nouvelle: Croyez-vous que le sort de l'individu qui reçoit des soins a bien changé alors que son nom se transformait de malade en patient, en client, en bénéficiaire?

J'aimerais amorcer une réflexion avec vous, pour tenter de comprendre comment il se fait que l'on vive et que l'on entretienne une telle division et une telle incompréhension entre les milieux cliniques et les milieux enseignants. Je me permets une telle démarche parce qu'elle s'inscrit logiquement dans mon profil de carrière: cinq ans d'enseignement, sept ans comme infirmière dispensant des soins. J'ai vécu dans les deux milieux alternativement: clinique - enseignant - clinique - enseignant - clinique. J'ai entendu les deux milieux se critiquer réciproquement et j'ai vérifié le peu d'efforts réels faits pour remédier à cette situation.

Je vous propose un premier élément de réflexion: Comment devient-on professeur en soins infirmiers et comment reste-t-on "infirmière soignante"? La seule façon de poser la question reflète la problématique culturelle en soins infirmiers face au professeur et face à l'"infirmière soignante", spécialement celle qui oeuvre en milieu hospitalier. Depuis toujours et ce, bien avant l'avènement ces cegeps, il y a eu une petite glorification à devenir professeur. Les étudiantes qui réussissaient bien étaient souvent approchées pour devenir enseignantes, leur cours étant à peine terminé. Il y a eu et il y a encore un grand nombre de professeurs de soins infirmiers qui ont à peine exercé leur art et leur science avant de commencer leur carrière en enseignement. Ce groupe d'infirmières, sélectionnées à l'époque pour leur réussite académique et leur comportement, en sont venues à croire qu'enseigner était supérieur à dispenser des soins. Les "infirmières soignantes" en ont conclu que, dans la pensée de bien des gens, il n'était pas nécessaire d'être très brillant pour travailler auprès de la clientèle. Cet état de fait a engendré des défenses psychologiques de part et d'autre: de la part des infirmières-professeurs, un certain mépris pour les "infirmières-soignantes" (rappelez-vous les conversations de professeurs au sujet des infirmières) et de la part des "infirmières-soignantes", un certain mépris pour les activités académiques (rappelez-vous les tentatives syndicales pour minimiser les diplômes).

Une autre façon de devenir professeur a été de choisir cette voie pour se retirer d'un champ de pratique frustrant. L'étudiante qui se voyait une infirmière extraordinaire qui allait modifier la pratique des soins infirmiers et qui se retrouve une infirmière débordée de travail, réussissant à peine à prodiguer un niveau de soins semblable à ses collègues, a deux choix: réévaluer ses attentes ou quitter ce milieu de travail. Beaucoup ont quitté pour entrer dans l'enseignement. Comme l'écrit élégamment Kramer: "Enseigner aux autres ce que tu aurais souhaité faire mais que tu n'as pas réussi à faire sert à engendrer une autre génération d'infirmières frustrées".

Lors de l'enquête que j'avais effectuée, en 1972, auprès des infirmières bachelières de base des universités Mc Gill, Laval et de Montréal, celles-ci avaient critiqué durement leur formation: elles avaient fait état de leur grande frustration sur le marché du travail et la majorité choisissaient rapidement l'enseignement comme travail.

Il est évident que la frustration et l'agressivité face au milieu clinique ne s'efface pas miraculeusement chez ces professeurs.

D'autres deviennent professeurs après plusieurs années d'exercice. En fait, leur ancienneté a souvent fait qu'on les a sollicité lorsqu'il y a eu pénurie de professeurs dans certaines régions. Parfois, par désir de changement, ces infirmières ont quitté d'elles-mêmes pour étudier et se sont retrouvées, par la suite, dans l'enseignement. Souvent, ces professeurs, lorsqu'elles travaillaient comme "infirmière-soignante" ou infirmière-chef, s'évaluaient très favorablement. Mais elles se rendent compte, en enseignant, qu'elles avaient eu bien des failles dans leur exercice. Elles ont le choix de réévaluer leur enseignement, de réévaluer leur performance antérieure ou d'oublier le plus possible leur expérience antérieure. Ce dernier choix est le plus facile et le plus fréquent.

D'autres infirmières ont apprécié leur expérience en milieu clinique, ont ensuite poursuivi leurs études et se sont retrouvées devant un choix de carrières. Plusieurs estiment qu'après seize, dix-sept, dix-huit ans d'étude, elles peuvent choisir, sans culpabilité, un travail où les conditions de vie sont meilleures: vacances, heures de travail, liberté d'action, ... Ceci est tout à fait légitime, mais l'infirmière-professeur doit reconnaître ses motivations et ne pas minimiser, par la suite, le dureté des conditions de travail de la plupart des "infirmières-soignantes".

Il est indéniable que certaines choisissent l'enseignement par goût

ou par évolution logique de carrière, mais il demeure que l'entrée dans notre profession étant les soins infirmiers, les motivations pour bifurquer vers l'enseignement sont multiples.

En général, si l'on considère notre population de professeurs québécois en soins infirmiers, il en est probablement fort peu qui ont travaillé avec plaisir, pendant quelques années, auprès de la clientèle et qui ont expérimenté ce qu'ils enseignent: la rédaction de plans de soin, la collaboration multidisciplinaire et l'autonomie d'action.

Si les professeurs répriment leurs véritables sentiments et leurs opinions au sujet des soins infirmiers dans leur réalité clinique, ils ne peuvent guère être en mesure d'entamer un dialogue fructueux avec ceux et celles qui oeuvrent dans le milieu clinique.

Ceci nous amène à un deuxième thème de réflexion: qu'une infirmière devienne professeur, quelle qu'en soit la raison, il demeure qu'avant même d'avoir émis un son, elle transmet à ses étudiantes une vision du champ clinique qui servira à combler ou à élargir le fossé qui existe entre les milieux cliniques et enseignants.

Le professeur qui véhicule son mépris des infirmières en général pour susciter, chez ses étudiantes, un désir de changement se rend-elle compte que la majorité des étudiantes se solidarisent plutôt avec leurs futures collègues, et leur future performance qu'avec un idéal qui a été inaccessible à leur professeur et qui risque fort de l'être pour elles? Ce sont ces étudiantes qui, après avoir appris pendant trois ans une certaine notion, l'abandonnent dès qu'une "vraie" infirmière dit le contraire...

Le professeur qui dénonce continuellement le milieu clinique comme étant un endroit fermé, étouffant, rétrograde, se rend-elle compte que la majorité de ses étudiantes adoptent le point de vue inverse et

perçoivent le milieu enseignant comme étant débranché de la réalité? Malheureusement, par réaction, ces étudiantes deviennent des diplômées plus résistantes au changement que leurs collègues plus âgées, à cause du rejet intense qu'elles éprouvent face à tout ce qui leur semble venir de la théorie. Ce sont ces jeunes diplômées qui, durant leur orientation, clament: "Youpi, on ne fera plus jamais de plans de soins!" et qui deviennent agressives si elles apprennent qu'elles devront encore compléter une certaine formule appelée plan de soins. Elles ont besoin de se dissocier de leur ancien milieu académique, pour oublier le jugement que leurs professeurs porteraient sur elles.

Le professeur de soins infirmiers véhicule aussi, à ses étudiantes, d'autres notions contradictoires et ceci, avant même d'enseigner un contenu particulier. Celle qui me frappe le plus concerne la notion d'agent de changement.

En effet, la majorité des professeurs critiquent leurs milieux cliniques lorsqu'ils sont entre eux ou lorsqu'ils sont à des journées éducatives comme celles que j'anime fréquemment. Ce qui est dit le plus fréquemment en conclusion est:

"Tu comprends, nous on n'y peut rien".

"Nous ne sommes que des invitées, nous ne pouvons rien dire".

"Si nous essayons de changer quelque chose, on risque de se faire enlever le champ clinique".

"Il faut tellement se faire accepter qu'il vaut mieux ne rien dire".

Les professeurs donnent cette excuse à leurs étudiantes pour leur expliquer que leur enseignement si complet, si essentiel, n'est pas appliqué dans la réalité. Mais comment voulez-vous que les étudiantes

croient ensuite à leurs capacités d'agent de changement? Comment voulez-vous que les étudiantes croient que leurs professeurs puissent leur enseigner à être agent de changement si, après des années d'insertion dans un milieu clinique, ces professeurs n'ont pas réussi à exercer une ombre d'influence? Comment voulez-vous que la majorité des étudiantes croient en la véracité de l'enseignement reçu?

L'étudiante, une fois diplômée, se dit:

"Moi petite nouvelle, je n'y peux rien".

"Moi petite nouvelle, je dois me faire accepter, il vaut mieux ne rien dire".

Et comme elle a appris qu'il n'y avait pas de possibilité de dialogue entre les deux milieux, elle n'ira même pas trouver ses anciens professeurs pour leur expliquer ce qu'elle vit. Elle le racontera à ses collègues plus âgées et contribuera, dans sa petite mesure, à élargir le fossé entre les deux milieux.

Et si on abordait, dans un troisième temps de réflexion, des points spécifiques tels la connaissance réelle du champ clinique par les professeurs et l'enseignement de contenus particuliers.

Il est souvent reproché aux milieux cliniques de ne pas connaître la philosophie et les contenus éducatifs des milieux enseignants. Ceci est vrai dans une large mesure, et le problème est aggravé par les jeunes diplômées qui semblent éprouver un malin plaisir à contredire leurs professeurs et à décrire, à leurs collègues, un cegep fort différent de celui dépeint par les professeurs.

Il est tout aussi indiqué de remarquer que maints professeurs ne connaissent pas les ressources exactes du milieu clinique choisi. De

1976 à 1979, j'ai rencontré de multiples groupes d'infirmières de diverses régions pour discuter de soins à prodiguer aux parents et à leur nouveau-né. Lors de ces rencontres, je demandais aux professeurs qui oeuvraient dans un champ clinique, aux "infirmières-soignantes", aux infirmières-chefs et aux coordonnatrices du même champ clinique de décrire certaines politiques de soins. Après vérification, j'ai pu constater à quel point l'intégration du professeur était superficielle. Par exemple, les professeurs ignoraient les heures de visite des unités, ignoraient les modalités de rencontres mère - nouveau-né, ... De plus, les professeurs ignoraient des données fondamentales pour la continuité des soins telles: s'il existait des visites postnatales sur le territoire du champ clinique, s'il y avait des critères pour qu'une famille soit visitée... Naturellement, en l'absence de ces données de base, les professeurs jugaient en général très sévèrement les services offerts, mais ils les connaissaient fort peu. Cette attitude ne prédispose guère à un dialogue fructueux, d'égal à égal.

Finalement, je ne mentionnerai l'enseignement de contenus particuliers que par le biais de l'enseignement clinique "incidentel". En effet, il est à se demander parfois si l'enseignement "incidentel", involontaire, ne surpasse pas l'enseignement voulu. Les exemples pullulent, mais je n'en choisirai que quelques-uns.

La continuité des soins constitue un bon exemple. On enseigne à l'étudiante à quel point il est important de maintenir, le plus possible, un personnel stable auprès du client. On critique le fait que le client ait à interagir avec des dizaines d'infirmières chaque semaine, mais on oublie souvent d'évaluer la présence supplémentaire des stagiaires. J'ai entendu maintes fois des professeurs dire aux étudiantes: "De toutes façons, le client est bien mieux soigné par nous que par le personnel régulier". Que cela soit intrinsèquement vrai ou non n'enlève pas le facteur de discontinuité. Ce que l'étudiante apprend alors, c'est qu'il est sans importance que le client soit soigné par une

succession ininterrompue de personnes.

Un autre enseignement "incidentel" touche l'importance du soin technique. D'une part, on prend de longues heures à expliquer à l'étudiante que le client est un être humain bio-psycho-social, que l'infirmière doit créer une relation d'aide avec son client et actualiser son exercice infirmier selon le cadre conceptuel d'un de nos auteurs réputés. On se fait fort d'amener les étudiantes à reconnaître que le modèle médical est abandonné, que le diagnostic médical n'est qu'une variable parmi tant d'autres et que chaque client représente en soi, une richesse d'apprentissage et d'interactions pour l'infirmière. Pourtant, le choix des clients pour les étudiantes représente une toute autre aventure. Le professeur vient en milieu clinique choisir ses leucémiques, ses diabétiques, ses colostomisés. Il fournit souvent, en début de stage, des listes de techniques que l'étudiante aura le droit de pratiquer. Je n'ai jamais vu, sur ces listes, des techniques de communication ou des paliers d'interaction. Par exemple, on peut y lire si l'étudiante peut injecter des médicaments intraveineux dans un buretrol ou un soluset, mais on n'y voit pas si elle peut enseigner à des parents, si elle peut parler de la mort à un enfant... Il est évident pour le milieu clinique que, sous des apparences trompeuses, l'accent véritable de l'apprentissage en milieu clinique est toujours mis sur des apprentissages techniques. Les étudiantes décrivent leurs clients entre elles d'une façon savoureuse: une étudiante disait à l'autre, en allant à la cafétéria: "Je suis contente, j'ai une femme avec un soluté, une sonde, un "levine". L'autre étudiante lui a répondu: "C'est ça que j'aime quand on a un patient *all dressed.*" Les professeurs veulent tellement enrichir l'apprentissage de l'étudiante qu'elles lui soulignent que son malade a ceci et cela et cela, sans se rendre compte que l'étudiante apprend qu'il est plus important, finalement, de pratiquer ses techniques que de savoir qui est son client. J'ai entendu tout récemment un professeur dire à une assistante infirmière-chef: "Je n'arrête pas de courir avec mes étudiantes aujourd'hui. Tu comprends, j'ai six solutés". Et une étudiante de répliquer: "On aime ça avec toi, tu nous choisis des "gros" patients". Comment s'étonner,

par la suite, que les jeunes diplômées évaluent leurs cours en termes de techniques plus ou moins bien apprises et que le milieu clinique fasse de même? Les soins complets semblent appartenir à la théorie et les soins techniques, à la réalité.

Cette prévalence de la technique va très loin. On permet à l'étudiante de traumatiser la clientèle à seule fin d'apprentissage technique en s'imaginant que, lorsque les techniques seront maîtrisées, le soin complet apparaîtra par l'opération du Saint-Esprit. Par exemple, une étudiante et son professeur sont concentrées sur l'administration d'un médicament intraveineux à un jeune enfant. Le professeur parle constamment à l'étudiante et la guide; celle-ci est anxieuse et pose des questions qui laissent supposer qu'elle est tout à fait incompétente, et l'enfant se meurt de peur et pleurniche. L'étudiante s'en rend à peine compte et le professeur dit à l'enfant: "Ca ne sera pas long". Est-ce que le professeur prend conscience qu'elle a enseigné à l'étudiante à dissocier les différents aspects d'un soin et à en privilégier un aspect particulier?

Cette superficialité acceptée face au client laisse songeur. Si l'étudiante commence son stage, en soin de l'enfant par exemple, elle risque de débuter avec un nourrisson pour mieux suivre les étapes de développement. Elle a tellement de stress à vivre, dit-on, qu'il est préférable qu'elle ne se préoccupe pas de toutes les dimensions sociales et familiales de cet enfant. Un professeur me disait à ce propos: "Tu sais, ce qui l'intéresse aujourd'hui c'est de faire boire et manger un bébé. C'est la première fois qu'elle fait cela". L'étudiante a donc appris aussi, ce jour-là, qu'il existait des paliers de soins. Certains étaient essentiels d'autres souhaitables, mais pas toujours possibles à accomplir. Pourquoi se surprendre alors de voir les jeunes diplômées retrouver très vite l'essentiel dans les soins à prodiguer à quatre, cinq ou six clients et de les voir laisser tomber rapidement ce qui avait été perçu, même durant la période d'apprentissage, comme ornemental?

Je pense qu'une réflexion sur l'apprentissage "incidentel" est indispensable pour comprendre les difficultés d'implantation du plan de soins en milieu clinique. En effet, depuis dix ans, le plan de soins et l'histoire de soins sont présentés officiellement comme étant des outils essentiels pour l'infirmière, mais l'enseignement "incidentel" apprend à l'étudiante que ces deux outils ont surtout été façonnés pour son martyre.

Il est impossible que les professeurs ne se rendent pas compte que les étudiantes complètent souvent leurs histoires de soins et leurs plans de soins après leurs deux jours de stage. Par exemple, l'étudiante soigne un enfant durant deux jours et, à la fin du second après-midi, la maman arrive au chevet de l'enfant. L'étudiante, toute heureuse, dit à sa compagne: "Je vais questionner la maman". Cette étudiante semblait réjouie à l'idée de terminer un travail d'école et elle apprenait, en même temps, que l'histoire de soins ne sert sûrement pas à planifier des soins puisqu'elle finissait son stage par sa collecte de données! De plus, la pauvre maman a été renversée de se faire encore poser des questions du type: Votre enfant a-t-il des allergies? Et ce après cinq jours d'hospitalisation. L'étudiante avait aussi pensé, inconsciemment sans doute, que l'histoire de soins était une histoire de cegep qui n'avait rien à voir avec la clientèle et elle ne s'était pas interrogée une seconde sur l'impact de sa démarche.

Il en est de même du plan de soins. Les étudiantes seraient supposées recueillir des données, énoncer des objectifs, décrire des besoins ou des problèmes, rédiger leurs interventions, trouver la raison d'être des interventions et procéder à une évaluation. En fin d'après-midi de stage, il est intéressant d'observer les étudiantes rédiger leurs interventions et déduire le contenu des autres sections. Ainsi, si l'étudiante a donné un biberon, elle déduit le besoin d'alimentation et l'objectif de maintenir une nutrition adéquate. L'étudiante n'apprend pas une démarche, mais elle se conforme à une forme d'apprentissage choisi par le

professeur. Par la rédaction de plans de soins on lui apprend souvent l'anti-démarche en soins infirmiers. Il est à noter que les professeurs qui ont travaillé avec des plans de soins et qui savent ce que représentent en temps et en efforts, de tels outils sont plutôt rares. Ils véhiculent, sans s'en rendre compte, le concept d'un plan de soins inapplicable en milieu clinique. Il est d'ailleurs remarquable, sur les unités, que l'opposition la plus grande à l'utilisation de plans de soins vienne d'infirmières qui ont appris à rédiger des plans de soins durant leurs années d'apprentissage. Il ne suffit pas de dire aux étudiantes que le plan de soins qu'elles rédigent est un outil d'apprentissage, il importe de leur en faire connaître les deux formes sinon elles n'en retiendront que l'aspect académique et non l'aspect essentiel.

Il en est de même de la section du plan de soins où l'on demande à l'étudiante d'inscrire la raison d'être ou les principes scientifiques de ses interventions. L'étudiante acquiert ainsi un contenu de connaissances important, mais elle apprend aussi qu'elle peut fonctionner sans savoir les raisons de ce qu'elle fait.. En effet, les étudiantes finissent presque toujours par cette colonne, donc elles apprennent qu'il est intéressant de savoir le pourquoi des choses, mais que ce n'est pas nécessaire pour travailler.

Le dernier point que j'aimerais souligner est la perception du client versus la perception de l'étudiante par le professeur. Jusqu'à quel point l'étudiante peut-elle comprendre ce qu'est le respect du client, lorsque tout le milieu d'apprentissage lui dit que le client est à son service? La médecine est aux prises avec ce problème, car elle utilise, depuis beaucoup plus longtemps que nous, la clientèle au service de ses étudiantes. Lorsqu'à Sainte-Justine, deux et parfois trois professeurs se sont tiraillées un enfant pour leur étudiante, la notion de client au centre des soins est sûrement déplacée. Il fut un temps où l'étudiante était au service de l'hôpital. Nous avons fortement réagi à cette situation et l'étudiante apprend maintenant, malgré la théorie tellement plus adéquate,

que le client est à son service. Cette notion demeure ancrée chez la jeune diplômée sur le marché du travail et d'autres problèmes sont à prévoir.

Il est important de souligner que le milieu clinique ne sait pas toujours ce qui est enseigné dans les pré, et post conférences, mais il est fort sensible à l'enseignement "incidentel". Ceci explique, en partie, le peu de crédibilité des professeurs en milieu clinique.

Est-ce que j'ai reflété la réalité? Mon miroir déforme-t-il trop? Ce sera à vous d'en juger. J'oserai peut-être offrir quelques éléments de solution...

Je ne voudrais, en aucun cas, laisser supposer que j'ai cerné tout le problème et que les solutions peuvent être trouvées facilement ou rapidement. Toutefois, si le problème du fossé entre le milieu académique et le milieu clinique peut être redéfini, des solutions nouvelles émergeront et un espoir de concertation véritable pourra poindre.

En premier lieu, si les professeurs pouvaient avoir l'occasion de reconnaître leurs motivations réelles face aux soins infirmiers et à l'enseignement et être capables d'admettre leurs véritables motivations, il serait plus facile d'interagir entre infirmières sans passer par le biais du mépris, du sarcasme et de la condamnation. À l'intérieur de cette démarche, les professeurs pourraient clarifier leurs besoins d'intellectualiser et de sur-valoriser une profession qu'ils ne voudraient peut-être plus exercer dans la réalité. Je pense que de tels efforts de réflexion sont essentiels pour s'attaquer à la racine du problème: le fait de véhiculer aux étudiantes des attitudes qui serviront à renforcer les divisions. De plus, cette démarche permettrait de retrouver les similitudes de comportements entre infirmières-professeurs et infirmières-"soignantes" et peut-être réussirait-on à se mieux comprendre, sans juger sévèrement l'autre groupe. Le professeur qui n'a pas le temps d'enseigner une notion de soin fondamentale parce qu'elle est débordée par les pathologies à son programme réagit comme l'infirmière-"soignante" qui n'a pas le temps d'enseigner à son client parce qu'elle a trois solutés. Pourquoi l'une blâmerait-elle l'autre?

Ne serait-il pas possible d'envisager des stages véritables pour professeurs? Pour éviter des problèmes syndicaux, je pense qu'un stage pourrait être qualifié d'activités éducatives au même titre que ce colloque. Si tous les professeurs de la province connaissaient de l'intérieur le travail qu'elles enseignent à leurs étudiantes, il y aurait

beaucoup plus de demandes de projets de recherche sur la didactique des soins infirmiers en milieu clinique et les thèmes d'ateliers d'un colloque comme celui-ci pourraient varier considérablement.

Ne serait-il pas possible aussi que les professeurs connaissent beaucoup mieux les ressources exactes des milieux cliniques et de tout le réseau infirmier? Si les professeurs connaissaient parfaitement tout le milieu clinique, l'enseignement serait plus réaliste, les communications seraient meilleures et des dilemmes artificiels seraient évités tels: Qui enseigne le préventif, qui enseigne le curatif? Lorsque l'étudiante en soins maternels fait une visite postnatale, sait-elle qu'une autre infirmière a visité ou visitera bientôt la famille? Le professeur pense-t-il à faire un lien? De même, l'étudiante qui fait une visite post-hospitalisation à un client adulte, sait-elle quel est le réseau de soins à domicile qui pourrait s'occuper de son client? Il serait plus que souhaitable que les professeurs deviennent familiers avec tous les rouages du système qui concerne les clients et les infirmières.

Un autre élément de solution serait de réfléchir sur les façons d'appliquer les théories de changement aux champs cliniques occupés par des stagiaires. Pourquoi des professeurs ne seraient-ils pas capables d'appliquer au moins une des théories enseignées?

Et, finalement, je pense qu'il faudrait réévaluer globalement l'enseignement clinique pour identifier ce qui est enseigné volontairement, et ce qui est enseigné incidemment. Ceci permettrait de comprendre comment s'édifient les malentendus, pourquoi l'enseignement officiel est souvent rejeté et pourquoi l'impact souhaité de la réforme en éducation en soins infirmiers ne s'est pas produit.

J'ai été heureuse de vous rencontrer et je vous souhaite une bonne fin de colloque.

"LE CHOC DES ATTENTES EXTÉRIEURES ET INTÉRIEURES CHEZ L'ENSEIGNANTE DE SOINS INFIRMIERS"

Claire Martin, conseiller en formation professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Vous avez probablement une idée de la teneur de ce thème; il va sûrement être question de votre vécu. Mais pour que nous partions tous du même pied, j'aimerais vous en faire une courte introduction.

En tant que vivant, terrestre et humain, nous éprouvons tous la pression et les impératifs de notre environnement. Le professeur en soins infirmiers est aussi confronté aux stimulus de son milieu et vous constatez que plusieurs catégories de personnes ont des attentes, voire même des exigences à votre égard.

Par exemple, la population en général ne veut-elle pas une production de main-d'oeuvre qualifiée pour remplir la fonction d'infirmière qui devient de plus en plus complexe de nos jours? Est-ce qu'elle ne s'attend pas à ce que vous, professeurs en soins infirmiers, corrigiez les lacunes retrouvées actuellement dans le système de distribution de soins? Ne souhaite-t-elle pas que vous parveniez à transformer, à modifier, à améliorer la société?

Il y aussi la D.G.E.C. Monsieur Olivier a exprimé son désir de voir les professeurs s'impliquer dans le programme cadre, en acceptant de travailler non plus de façon isolée, mais collectivement, dans une collaboration soutenue.

Il ne faut pas oublier l'étudiant. On pourrait dire qu'il souhaiterait que le professeur sache susciter son intérêt, qu'il le guide à comprendre la matière en étant centré sur son processus d'apprentissage et en tenant compte de ce qu'il est. Il voudrait bien aussi que le professeur soit disponible hors des heures de cours; qu'il l'accueille avec ses problèmes, ses réussites et ses rêves.

Et les gens du milieu, à quoi s'attendent-ils? Probablement à recevoir une nouvelle graduée qui soit plus habile manuellement, qui soit plus fonctionnelle dans l'organisation de son travail, plus professionnelle, plus autonome dans l'exercice de sa profession et qui parvienne à s'intégrer rapidement au milieu.

Est-ce approprié de croire que les membres de la direction pédagogique du cegep aimeraient voir les professeurs dynamiques, capables d'innover et de s'engager pleinement dans l'activité éducative? Qu'ils s'attendent à ce que le professeur soit responsable non seulement de son petit univers (son équipe, les étudiants), mais qu'il se préoccupe aussi de l'ensemble des objectifs du collège et de l'engagement que celui-ci prend face à la société?

Et que dire des attentes des responsables syndicaux? Ne désirent-ils pas une participation active de la part des professeurs afin d'assurer un maintien et une promotion des conditions de travail... Mais ne souhaitent-ils pas aussi voir les professeurs sensibilisés et impliqués dans l'étude des problèmes des autres travailleurs moins privilégiés, afin qu'une plus grande justice sociale soit vécue au Québec?

Ce sont là des attentes légitimes, justifiées et qui proviennent de l'extérieur, mais nous savons aussi qu'à l'intérieur de nous, une foule de demandes sont formulées... peut-être inconsciemment, secrètement, subtilement, mais il y en a qui se présentent de façon radicale, intransigeante, voire même irrévocable... pour ne parler que:

-du besoin "d'être et de s'affirmer" selon son potentiel, ses limites, son rythme;

-de l'aspiration d'être respecté et reconnu comme un être unique et différent des autres;

-du droit d'exprimer ses propres valeurs et ses choix personnels qui permettent de se dépasser et de se réaliser;

-du devoir de s'ouvrir au monde par une participation soutenue à la société, tout en demeurant soi-même.

Est-ce que ces attentes extérieures et intérieures qui, souvent, s'entrechoquent et se heurtent les unes les autres, ne constituent pas actuellement pour le professeur une puissante menace? Car cet état de fait peut produire de la tension, du vertige et même de la violence au risque de provoquer un brutal éclatement, une malheureuse désintégration.

L'objectif de cette table ronde est donc d'explorer, par l'apport des personnes ressources, les attentes extérieures provenant:

-de la société;

-du milieu clinique;

-de la direction pédagogique du cegep;

-du syndicat;

ainsi que les attentes intérieures qui bousculent le professeur en soins infirmiers.

Que cette exploration nous permette d'abord de regarder la réalité en face, d'y réfléchir sérieusement, de choisir de se remettre en question s'il y a lieu pour, ensuite, prendre un nouvel envol.

Je laisse donc la parole à madame Hélène Pelletier-Baillargeon qui va nous entretenir des attentes de la société.

"DE L'ANGE GARDIEN À LA SYNDIQUÉE; QU'ATTEND LE PATIENT DE SON INFIRMIÈRE?"

Hélène Pelletier-Baillargeon, journaliste, Montréal.

On m'a demandé ce matin de me faire, quelques minutes, l'ombudsman des attentes du grand public touchant votre profession d'infirmière. En essayant de les aligner sur une page blanche, je me suis aperçue que ces diverses attentes sont non seulement multiples, mais encore qu'elles sont parfois contradictoires. Certaines de ces attentes réjouiront sans doute en vous, les nouvelles professionnelles que vous êtes enfin devenues. D'autres, au contraire, vous feront probablement grincer des dents, en tant que féministes ou que syndiquées.

La raison de ces contradictions m'apparaît bien évidente: tout dépend si ces attentes sont celles d'une personne en santé, en l'occurence celles d'une femme journaliste qui les rédige depuis sa table à écrire ou, au contraire, celles d'un malade plus ou moins souffrant qui les formule depuis son lit d'hôpital. Or, tel est votre destin et votre choix, à la fois beau et difficile, que celui de vous situer avec honnêteté et réalisme, au carrefour de ces contradictions apparentes. J'essaierai pour ma part, de faire quelques instants route avec vous dans cette réflexion, tantôt comme observatrice de l'évolution de la société québécoise depuis vingt ans, tantôt comme ex-patiente ayant accouché quatre fois et ayant subi en milieu hospitalier, une appendicectomie, un manchester, une cholécystectomie et une césarienne!

Votre profession, tout comme celle de puéricultrice ou d'enseignante à l'élémentaire, n'est pas de celles dont l'accessibilité a été conquise de hautes luttes par les femmes. Elle appartient, au contraire, à cette immense catégorie de tâches sociales et d'occupations que la culture la plus traditionnelle a toujours reconnues d'emblée comme féminines. Le soin des malades, comme l'éducation des jeunes enfants, le service des handicapés et des personnes âgées constituent des rôles sociaux que l'on a jamais contestés aux femmes. Lorsque ces rôles

sociaux se sont transformés en professions bien définies, avec énumération et description de tâches concrètes assorties de rémunérations bien chiffrées, plusieurs tensions et de multiples inquiétudes se sont aussitôt manifestées dans le corps social. Votre métier, qui avait jusque-là été considéré comme une sorte d'émanation ou d'extension généralisée de la fonction maternelle et "maternante" avait bien du mal, semble-t-il, à s'adapter sans déperdition de valeurs, au schéma de la convention collective.

En outre, votre métier, presque exclusivement féminin et très longtemps conçu comme un pouvoir strictement délégué et subalterne d'une médecine exercée presque exclusivement par des hommes, devait connaître un cheminement bien plus laborieux qu'un autre, face à la triple évolution des professions, du syndicalisme et du féminisme. Une femme comptable, agronome ou même opératrice de machinerie lourde a certainement beaucoup moins de difficultés qu'une infirmière à se situer socialement face aux attentes du public parce que, dans son cas, ces attentes ne concernent que sa stricte compétence professionnelle. Dans votre cas, ces mêmes critères de compétence se doublent et se complexifient au contraire, d'attentes culturelles éthiques et émotionnelles énormes et qu'il vous est pratiquement impossible d'éviter.

L'individu bien portant peut certes admettre facilement qu'une infirmière, affectée à un service de néonatologie de pointe, doive posséder un type de compétence qui l'apparente peut-être davantage à celui de l'ingénieur qu'à celui de la nourrice. Mais, si cet individu est lui-même, soudainement frappé d'infarctus et s'il se retrouve dans une unité de soins intensifs, harnaché d'appareils nickelés et de tubes plastifiés, ses attentes deviendront aussitôt beaucoup plus globale. Le malade aux prises avec la souffrance et l'angoisse redevient aussitôt, du fait de son extrême dépendance, un petit enfant exigeant qui ignore tout du partage et de la spécialisation des tâches. Au cours de ce processus que la psychologie appelle la régression infantile, il oublie en vous la professionnelle et la syndiquée pour réclamer, avec insistance, cette

présence féminine originelle auprès de laquelle il retrouvait, enfant, sa sécurité et son apaisement. Et comme dans le cas de l'enfant, cette requête revêt un caractère d'exigence absolue et renvoie aussitôt à l'image maternelle de la culture féminine et de l'éthique traditionnelles.

Telle est la contradiction fondamentale au coeur de laquelle il vous faut vivre face aux attentes du public. Car si, en vous, la femme et la mère, actuelle ou potentielle, se laissent émouvoir et rejoindre, aussitôt vous savez que la professionnelle et la syndiquée s'en retrouveront plus vulnérables et probablement plus sujettes à l'exploitation. Si, par contre, vous vous bardez de fer le coeur et les entrailles face à l'accouchée ou au cancéreux, et que vous vous en tenez à votre stricte description de tâches, vous pressentez que vous venez de rapetisser votre profession. Vous avez l'impression de l'amputer insidieusement de cette dimension humaine qui vous l'avait fait choisir de préférence à telle autre forme de technologie avancée et tout aussi bien rémunérée. Anges gardiens des malades ou militantes syndicales? Professionnelles ou bonnes à tout faire des médecins? Pas facile l'évolution et les choix quotidiens du métier d'infirmière!

Les théories et les pratiques de l'administration hospitalière actuelle ne font rien, de leur côté, pour vous aider à résoudre ces contradictions et ces conflits de valeurs. Il semble, au contraire, que tout soit mis en oeuvre de ce côté pour empêcher ces contradictions d'éclater au grand jour et ces conflits de valeurs de se poser concrètement. Depuis que les théories de Taylor sur la spécialisation des tâches en milieu industriel ont révolutionné aussi bien la société américaine que la société soviétique, bien peu de critiques pertinentes et constructives ont été faites de ces fameuses notions d'efficacité et de rentabilité appliquées indistinctement à une usine d'assemblage d'automobiles, à un hôpital, à une cartonnerie ou à une école maternelle! Des pièces d'auto et des boîtes de carton n'ont pas d'états d'âme, que je sache!

Et pourtant, quelle critique s'élève aujourd'hui devant ces démiurges de la cadence et du fractionnement des tâches qui considèrent allègrement les malades (ou les enfants) comme des pièces défilant sur une chaîne de montage? Qui conteste ces administrateurs qui mettent tout en oeuvre pour assurer la docilité et l'interchangeabilité parfaites des malades ou des élèves?

L'infirmière d'il y a trente ou quarante ans, se voyait confier un certain nombre de malades auprès desquels elle accomplissait à peu près toutes les tâches imaginables: depuis le changement des draps, la prière du soir, jusqu'à la perfusion; tâches innombrables qui sont, aujourd'hui, réparties entre la femme de ménage, l'infirmière auxiliaire, la distributrice de cabarets, l'agent de pastorale et j'en passe. Cette infirmière-"orchestre" et multidisciplinaire établissait donc, avec ses malades, ce que les sociologues appellent aujourd'hui des relations "en faisceaux". Relations étroites et enchevêtrées à la manière des mailles d'un filet et qui déclenchaient un sentiment jaloux d'appartenance. Cette infirmière parlait alors de "son" malade comme de sa responsabilité première et de sa chose propre. Elle avait avec lui un lien affectif.

L'avènement du taylorisme à l'hôpital, la recherche de la compétence et de l'efficacité via la spécialisation des tâches et la multiplication des professions, a détruit cet ancien réseau de relations "en faisceaux" pour le remplacer par des relations "en chaîne". Relation du type de celles que connaissent les clients d'un supermarché défilant avec leur chariot d'aliments devant la préposée à la caisse. L'infirmière qui administre aujourd'hui des tests dans une clinique externe ou celle qui arpente les corridors et les étages d'un hôpital avec son chariot à injections entretiennent désormais, avec les patients, de ces relations "en chaîne". Ces relations "en chaîne" sont très brèves, se succèdent les unes aux autres presque dans l'anonymat, puisque la rapidité et la monotonie du geste ne permettent presque plus de créer des relations interpersonnelles véritables entre le patient et l'infirmière.

Le public d'aujourd'hui, surtout lorsqu'il est malade et hospitalisé souffre beaucoup, psychologiquement, de ce climat qui tend à l'anonymat et au nivellement. C'est ce qu'il dit éprouver lorsqu'il déplore qu'on le traite "comme un numéro" et redoute qu'on ne lui administre un traitement ou un médicament destiné à un autre matricule que le sien. Très souvent, la syndicalisation des métiers de la santé et la teneur de leurs conventions collectives constitueront, à ses yeux, les premiers responsables de cette déperdition de valeurs relationnelles alors qu'en réalité, la convention collective ne fait que répondre ou riposter à la demande administrative et patronale. Mais, en dernière analyse, il faut bien reconnaître qu'un syndicat vigoureux trouve aussi son compte dans une description ainsi spécialisée et détaillée de la tâche. Il n'y a qu'à voir à quel point l'épineux dossier de l'encadrement scolaire constitue une pierre d'achoppement à la centrale de l'Enseignement du Québec, pour comprendre qu'une responsabilité trop générale et trop englobante reste très difficile à circonscrire et à défendre pour un syndicat, qu'il soit scolaire ou hospitalier. Gérer une relation humaine demeure donc bien plus difficile que d'administrer un acte médical. Et pourtant, la relation humaine est parfois tellement thérapeutique qu'elle en arrive à permettre l'économie de l'acte médical lui-même. Que de maladies du genre de vie guériraient mieux d'une bonne conversation persuasive, que d'une série de pilules!

Face à ces objectifs contradictoires et à ces conflits de valeurs, les agents de formation ont-ils pris parti et se sont-ils eux-mêmes situés? La réponse à cette dernière question me rend tout à coup perplexe. Ces infirmières dont le public a besoin, reçoivent aujourd'hui un type de formation qui me pose de multiples questions. J'aimerais vous renvoyer ces questions, en prévision de la discussion qui va suivre ce panel.

Je vous les jette en vrac!

1. Tandis que les étudiants et les étudiantes en médecine délaissent

de plus en plus précocement les amphithéâtres universitaires et l'enseignement magistral pour recevoir leur formation directement en milieu hospitalier, étrangement, les infirmières vivent une évolution tout à fait inverse. Elles ont quitté, ces dernières années, les écoles d'infirmières en milieu hospitalier et la proximité directe des malades, pour les cours théoriques du cegep. Certes tout le monde a compris que les étudiantes infirmières d'autrefois avaient trop souvent constitué un *cheap labor* inespéré pour bon nombre d'hôpitaux. Mais, en voulant renverser la vapeur, n'a-t-on pas, pédagogiquement, risqué de jeter le bébé avec l'eau du bain? À l'heure où les futurs ingénieurs font des stages en usine et où l'on se préoccupe de donner des rudiments de charpente, de plomberie et d'électricité aux futurs architectes, n'est-on pas en train de former, dans les cegeps, des théoriciennes cloisonnées spécialisées et peu enracinées dans la réalité complexe et mouvante de l'hôpital?

2. Il y a trente ans, une future infirmière apprenait d'abord à faire correctement un lit, à retourner confortablement un opéré sur sa couche, à laver et à panser des plaies courantes. Même si ce n'est plus elle qui s'acquitte aujourd'hui de ces menues tâches, est-il si sûr qu'il soit bénéfique, pour elle, d'ignorer [illegible] premiers soins de santé qui ne s'apprennent finalement que sur le terrain? Le vieux proverbe voulant que "Tout ce qu'on ne sait pas nuise à ce que l'on sait" ne s'appliquerait-il pas aujourd'hui, dans le domaine de la santé, à trop de spécialités cloisonnées au plan professionnel?

3. Cette approche théorique nouvelle, au lieu de contester sainement et vigoureusement la parcellisation et la dépersonnalisation des tâches en milieu de santé, ne contribue-t-elle pas, au contraire, à renforcer la double tendance administrative et syndicale? Tendance qui se généralise de plus en plus dans nos hôpitaux modernes, au détriment d'une interdisciplinarité plus féconde, plus humaine et, peut-être, plus efficace à long terme, comme en témoignent certaines innovations récentes dans le domaine de la production industrielle elle-même?

4. Les milieux de formation des futures infirmières exercent-ils à cet égard une véritable fonction critique face à l'hôpital et au monde de la santé, ou se bornent-ils à lui fournir des ouvrières compétentes, efficaces et dociles? L'école comme lieu de critique institutionnelle et sociale est-elle en voie de devenir, pour trop de futures infirmières, un simple lieu de transmission de savoirs et de techniques spécialisées? L'école enfin, est-elle vraiment à l'écoute des besoins de la population souffrante, ou n'a-t-elle pas parfois tendance à croire, comme certaines décisions administratives en témoignent, qu'un hôpital fonctionnerait et se gérerait tellement mieux s'il n'y avait pas tous ces encombrants malades dedans dont il faut bien, hélas! tenir compte?

"LE CHOC DES ATTENTES EXTÉRIEURES ET INTÉRIEURES CHEZ L'ENSEIGNANTE DE SOINS INFIRMIERS"

Césira Biffi, responsable de la formation, Centre hospitalier Charles-Lemoyne, Greenfield Park.

Depuis plusieurs années, j'ai eu l'occasion, de par ma fonction, d'accueillir et d'orienter personnellement un très grand nombre de diplômées en Techniques infirmières, provenant de divers collèges de la province.

J'ai pu ainsi évaluer, en essayant de le faire le plus objectivement possible, le niveau de connaissances théoriques et de formation technique de chacune. Durant les six dernières années, j'ai constaté une amélioration graduelle, mais marquée, de ces connaissances. En effet, les pathologies sont beaucoup mieux connues et les techniques de soins bien maîtrisées. Par contre, je note encore bien des faiblesses dans cette formation: quelle valeur peuvent avoir des techniques perfectionnées si elles ne s'appuient sur des connaissances scientifiques approfondies et ne s'accompagnent d'une approche des plus humaines? Comment prétendre prodiguer des soins avec compétence si l'on ignore le fonctionnement normal de l'organisme humain, les principes fondamentaux de l'administration des médicaments et les notions essentielles de la prévention de la maladie et des infections? Peut-on humaniser les soins si l'on ignore les besoins psycho-sociaux et spirituels des malades? Que dire de la démarche scientifique (soins infirmiers), du plan de soins individualisé et de la relation d'aide; pourquoi cet aspect des soins semble-t-il si difficile, sinon impossible à intégrer dans l'exercice quotidien de la profession?

La préoccupation majeure des nouvelles infirmières semble être l'application de techniques. L'importance du savoir faire domine celle du savoir et du savoir-être. Il est bien sûr évident que les centres hospitaliers, au début et encore aujourd'hui, ont évalué l'infirmière surtout d'après la quantité de tâches exécutées et d'après la vitesse avac laquelle elles sont accomplies. Dans ces centres, on a ainsi encouragé

le rendement au détriment de la qualité et de l'aspect humain des soins. Cet état d'esprit est peut-être le principal responsable de la situation actuelle. Je ne peux que féliciter tous ceux et celles qui ont résisté aux pressions du milieu de travail en continuant à insister, dans leur enseignement, sur l'humanisation des soins. Je les encourage fortement à continuer dans cette voie.

En conclusion de cette première partie, je dois honnêtement reconnaître l'amélioration marquée de l'enseignement des soins infirmiers. Par contre, je dois aussi constater que les connaissances acquises par les étudiantes, session après session, année après année, semblent être renfermées dans des compartiments cérébraux étanches. Il ne se fait aucun lien direct entre une matière et une autre et encore moins entre la maladie et ses répercussions psychologiques et sociales chez les malades.

Un autre aspect de la formation dont j'aimerais vous parler, c'est le peu d'ouverture d'esprit et la faible sensibilisation des candidates à l'exercice de la profession, cette même profession dans laquelle elles entrent de plein pied après trois ans de préparation. En effet, je n'ai obtenu, jusqu'à maintenant, que de vagues réponses en des termes imprécis aux questions se rapportant à l'exercice de la profession tel que défini par la loi des infirmières.

Quant à la conception qu'ont la plupart de ces candidates de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, j'hésite à en parler! L'Ordre est perçu le plus souvent comme un organisme quelconque responsable de faire passer des examens complexes et de distribuer des permis d'exercice de la profession... ou de les retirer à son gré.

Ces constatations m'amènent à exprimer certaines attentes vis-à-vis du corps professoral enseignant les techniques infirmières en milieu collégial.

J'attends de l'enseignante une très grande ouverture d'esprit envers la profession, pour qu'elle sensibilise l'étudiante à ses responsabilités futures dès la première année de cours. Je souhaite aussi qu'en plus d'avoir une très grande connaissance de sa propre matière, l'enseignante s'intéresse aux sciences de base et aux autres matières du cours. J'aimerais retrouver chez elle un souci constant du développement personnel de l'étudiante fondé sur une connaissance approfondie du comportement humain. Je voudrais la voir manifester un intérêt marqué pour l'étudiante tout au long de son cheminement personnel et professionnel. J'espère la voir de plus en plus ouverte à l'utilisation de formules pédagogiques bien adaptées et dynamiques. Enfin, je m'attends de sa part, à une très grande honnêteté envers le public en n'hésitant pas à agir personnellement auprès d'une étudiante, lorsque celle-ci ne manifeste pas les attitudes essentielles pour exercer la profession dans laquelle elle s'engage.

J'espère que ces quelques remarques ne présentent pas un tableau trop noir de la situation actuelle. Votre présence ici dénote une prise de conscience et un désir d'amélioration. Je souhaiterais que l'ensemble du milieu hospitalier aussi s'interroge sur ses attitudes et ses comportements face à l'enseignement collégial, face aux étudiantes stagiaires et face aux candidates à l'exercice de la profession. Une prise de conscience très concrète de part et d'autre contribuera sûrement à améliorer l'enseignement et à développer des relations inter-personnelles humanisantes en milieu hospitalier.

"LE CHOC DES ATTENTES EXTÉRIEURES ET INTÉRIEURES CHEZ L'ENSEIGNANTE DE SOINS INFIRMIERS"

Paul Inchauspé, directeur des services pédagogiques, Collège du Vieux-Montréal.

"Qu'est-ce qu'un collège ou, plus précisément, qu'est-ce qu'un administrateur de collège attend des enseignantes de soins infirmiers?"

C'est le sujet que l'on m'a proposé. Or, je vois au moins deux manières de répondre à une telle question, qui, si elles étaient mises à exécution, déclencheraient certainement de votre part, une sourde ou virulente agressivité. Les autres "panélistes" peuvent exprimer clairement leurs attentes à votre égard, car le lieu d'où elles parlent est bien identifié: les rapports d'appartenance entre l'enseignante et son syndicat, comme les rapports de service entre l'enseignante de soins infirmiers et la population ou les services de santé pour lesquels elles préparent des infirmières, sont clairs. Il n'en est pas de même entre vous et moi, ou de façon plus précise entre un professeur et son collège, entre un professeur et un administrateur de collège.

Je pourrais, par exemple, vous tenir un discours sur la fonction enseignante, ses exigences, sa grandeur... Beaucoup d'entre nous avons connu de ces réunions de début ou de fin d'année où la directrice, le recteur, le directeur des études pouvaient rassembler tous les professeurs et leur tenir un tel discours. Ceci n'est plus possible, non pas parce que ces vérités ne sont plus bonnes à dire, mais parce qu'on dénie, à un administrateur de collège, le pouvoir moral de les rappeler.

Je pourrais aussi vous tenir un discours sur les prescriptions et sur les obligations des enseignants telles qu'elles apparaissent dans le régime pédagogique et dans ce cahier de gestion qu'est devenue la convention collective. Agissant ainsi, je me cantonnerais dans le rôle où certains voudraient m'enfermer: celui d'employeur.

Je suis donc pris au piège: j'aurais aimé vous parler de la fonction enseignante, mais à quel titre puis-je le faire et je n'ai guère le coeur de vous parler en patron qui s'adresse à des employés pour leur rappeler leurs obligations.

Quand madame Cécile Lambert m'a demandé de m'adresser à vous, c'est immédiatement que j'ai senti à quoi je m'exposais. J'ai pourtant accepté. Témérité de ma part, sans doute, mais aussi j'y voyais pour moi-même, l'occasion de cerner les causes de la difficulté dont je viens de vous parler. Après réflexion, j'ai conclu qu'il me fallait faire un détour par une analyse sur l'évolution de la condition enseignante. Ce sont ces réflexions que je vous livrerai. Peut-être, si ces analyses sont justes, permettront-elles de dégager des champs à assumer, des actions à entreprendre.

Le deuxième thème que j'avais pensé aborder devant vous concerne une entreprise dans laquelle vous êtes engagées: celle d'un changement de programme. J'avais déjà jeté quelques idées sur le papier quand j'ai relu le rapport de votre coordonnatrice provinciale sur l'historique du programme de techniques infirmières, et j'ai vu que je n'avais rien à dire. Je voulais faire ressortir les processus, les blocages, les difficultés d'une telle entreprise, à partir d'opérations du même ordre avec lesquels j'étais familier, mais tout a été dit et de façon magistrale par Cécile Lambert. La dernière partie du rapport "Identification des contraintes qui ont freiné la réalisation des buts fixés" est même généralisable à tous les programmes dont l'existence était antérieure à la création des cegeps.

Je consacrerai donc tout mon temps au premier thème que je m'étais fixé: celui de la condition enseignante.

La condition enseignante de nos jours dans les cegeps.

La condition enseignante a profondément été transformée en dix ans, dans des institutions scolaires comme les cegeps. Comme cette transformation a eu lieu en même temps que se créaient et que se développaient les cegeps on peut croire qu'il ne pouvait en être autrement; que les cegeps devaient nécessairement secréter une telle condition et que c'est là, un phénomène naturel. Or, rien n'est moins certain, car il n'y a pas de nature et de nécessité dans les phénomènes sociaux. Cela aurait pu être autre chose. Cependant, la réalité étant là, il nous faut essayer de découvrir ce qui l'explique.

Si j'essaie de dégager les paramètres essentiels rendant compte de cette condition enseignante et de son évolution, je trouve surtout les trois éléments suivants:

-une intervention de plus en plus grande de l'état;

-une transformation des attitudes des enseignants vis-à-vis des administrateurs et réciproquement;

-une tentative de récupération de la prépondérance professorale par la voie syndicale.

1. Une intervention de plus en plus grande de l'état. Il ne faut jamais oublier que l'établissement d'un réseau public d'enseignement a été voulu par l'état, à partir d'une vision généreuse. Selon cette vision, l'éducation apparaît comme le moyen d'assurer aux membres d'une société ce que l'absence de capital ne leur permet pas: la promotion et la mobilité sociales. La réalisation de ce projet introduit, dorénavant, la réalité omniprésente de l'état dans le champ de l'éducation et cela, avec l'accord de tous les partenaires sociaux.

Du même coup, des institutions quasi autonomes deviennent dépendantes de sources de financement de l'état donc, en concurrence avec les

autres secteurs soutenus par l'état. Or, on sait que l'allocation des fonds dans le secteur public dépend surtout de choix politiques donc, du jeu des groupes de pression. Quand on "émarge" au budget de l'état qui accepterait, sans réagir et sans intervenir, de subir les contrecoups de variations aléatoires? Les professeurs doivent donc s'organiser devant cette réalité nouvelle.

2. Une transformation des attitudes des enseignants vis-à-vis des administrateurs et réciproquement. Les administrateurs des institutions scolaires antérieures à l'ère des cegeps, bénéficiaient de la confiance des professeurs. Un recteur de collège classique, un directeur de l'institut technique ou de l'école du meuble, une directrice d'école de soins infirmiers protégeaient les valeurs de leur établissement. De fait, les professeurs bénéficiaient d'un pouvoir informel sur l'évolution de leur établissement cela, sans consacrer de temps ni d'énergie à la gestion. Ayant confiance en leurs administrateurs, ils avaient l'impression de participer à la gestion de leur établissement, par leur intermédiaire.

Cette relation entre professeurs et administrateurs n'existe pratiquement plus. Les modes de décision possibles dans un établissement de petite taille et offrant un seul programme, ne sont plus possibles quand la taille et le nombre de programmes offerts croissent. Et ici, l'élément déterminant de complexification est moins la taille que le nombre de programmes offerts dans un même établissement. Il en résulte les phénomènes connus de la bureaucratisation: les normes, les procédures et les règles deviennent omniprésentes; la spécialisation des rôles s'installe; des mécanismes de participation sont formalisés. Tout ceci entraîne un éloignement entre administrateurs et professeurs, et l'importance accordée à la gestion engendre, de fait, la diminution de la prépondérance du professeur. Le pouvoir informel de suggestion ou de persuasion est troqué contre un droit formel de participation. Or, pour exercer ce droit, le professeur est obligé d'investir beaucoup de temps et d'énergie et, au bout du compte, il n'est même pas sûr que sa voix soit entendue.

Parallèlement, les administrateurs ne remplissent plus la fonction vicariale d'aide, de soutien, de porte-parole. Administrant une réalité complexe à l'intérieur de normes et de contraintes, nous nous montrons toujours impuissants devant l'état, souvent préoccupés des seules valeurs d'économie et d'efficacité. Il nous arrive aussi, devant des manifestations de défense d'intérêts corporatistes par les enseignants, de nous donner le rôle de représentants de l'intérêt public et alors, nous agissons parfois en patrons imposant des contraintes et des contrôles que vous percevez comme dévalorisants, sinon méprisants.

3. Une tentative de récupération de la prépondérance professorale par la voie syndicale. Dans une situation où on "émarge" au budget de l'état, c'est tout naturellement que vous êtes rentrées dans le cadre de la négociation de l'enveloppe sociale. Les associations ayant peu de moyen de pression, c'est naturellement que vous avez utilisé un instrument de lutte économique capable d'obtenir une part substantielle de l'enveloppe possédée par l'état. Cet instrument est le syndicat.

Par ailleurs, le professeur travaillant dans un établissement s'attend comme tout travailleur, à bénéficier d'avantages matériels tels le salaire, la sécurité d'emploi, mais plus que d'autres, il s'attend aussi à trouver des satisfactions d'un autre ordre. Ainsi, il entend se réaliser pleinement dans son travail par l'autonomie professionnelle. Ainsi, il s'attend à être respecté: conscient de participer à une mission, sa compétence et son expertise professionnelles sont telles qu'il se sait ne pas être moindre que ceux qui l'administrent. Je voudrais ajouter ici une remarque: un des traits caractéristiques de la société québécoise est qu'elle ne valorise ni la fonction enseignante, ni la production intellectuelle, alors qu'elle valorise les postes hiérarchiques et les postes administratifs. Ceci vient encore renforcer le constat que l'on peut faire: les satisfactions relatives au statut de professeur sont presque inexistantes. On comprend donc que, pour beaucoup de professeurs, l'organisation syndicale soit perçue, non seulement comme un moyen d'obtenir des gains monétaires, mais aussi

comme un moyen de revaloriser leur statut vis-à-vis des administrateurs.

Cependant, si on voit assez facilement les gains probables obtenus par l'organisation syndicale, on ne mesure pas toujours les effets d'une telle situation sur le corps professoral et sur la santé de nos institutions. J'ai souvent l'impression que nous sommes, dans nos établissements, en présence d'une société bloquée qui a oublié ses finalités et qui dépense des énergies démesurées dans des combats de ruelles. Est-ce que je caricature si je décris ainsi la situation?

-d'un côté: des administrateurs jouant un rôle important dans la gestion des fonds publics et dans la représentation externe de leur établissement,mais qui éprouvent des difficultés à justifier leur légitimité à l'intérieur de leur établissement. Du même coup, pour étayer leur légitimité, ils recourent à la tradition du contrôle démocratique des fonds publics et se donnent le rôle de défenseurs et de représentants de l'intérêt public. Par ailleurs, dans une société où tout le monde s'entend pour établir des règles explicites et de nouveaux mécanismes de contrôle, ils cherchent aussi leur légitimité dans la qualité rigoureuse et parfois tatillonne de leur gestion bureaucratique;

-d'un autre côté: un syndicat qui se veut représentant exclusif des professeurs non seulement en ce qui concerne les problèmes d'emploi, mais aussi la participation à la gestion et les problèmes professionnels. C'est sans doute un syndicalisme voué à la défense des intérêts des salariés, mais aussi un syndicalisme de contrôle visant la récupération des droits de gérance et un syndicalisme égalitaire pour lequel l'ancienneté a plus d'importance que la compétence et qui conçoit l'attribution de la permanence comme automatique. Bref, c'est un syndicalisme parfaitement adapté au système bureaucratique au point d'en avoir tous les traits.

Ces deux empires se font face et leurs luttes sont, de fait, une concurrence pour obtenir l'un et l'autre l'allégeance du corps professoral. N'avons-nous pas tous vu, dans nos établissements, des conflits dont l'objectif essentiel n'était que de démontrer sa force vis-à-vis de l'autre: les parties cherchaient moins à régler le conflit qui les opposaient qu'à régler les problèmes qu'ils éprouvaient relativement à leur leadership.

Que faire pour lever ces blocages stériles.

Si mon analyse est juste, que peut-on faire pour lever ces blocages stériles?

A mon avis, il ne faut attendre le salut ni des administrateurs, ni des syndicats; ils peuvent au mieux, n'être que des "faciliteurs". Le salut ne peut venir que de vous-mêmes, professeurs. Deux choses me semblent urgentes et ceci est l'expression de mes attentes en tant qu'observateur et acteur de ce champ social que sont les collèges.

a) *Il faut tout d'abord que vous preniez vous-mêmes en main les problèmes posés par votre responsabilité professionnelle de professeurs.* Il faut distinguer les problèmes d'emploi des problèmes professionnels: les problèmes d'emploi sont résolus dans un rapport employeur-employé, les problèmes professionnels le sont dans des organisations indépendantes de l'employeur et du syndicat. Ai-je besoin de rappeler cela à des enseignantes qui sont aussi des infirmières? Il faut que dans les cegeps, les professeurs aient la prépondérance de fait. Cette prépondérance, vous devez l'avoir en tant que professeurs compétents, experts en votre discipline, soucieux de perfectionnement continuel, soucieux aussi de la qualité de la formation que vous donnez à l'étudiant.

La prise en charge par vous-même de ces objets relatifs au travail professionnel, et cela indépendamment des allégeances aux grands empires que sont l'administration et le syndicat, me paraît une des conditions de renouvellement du système collégial et cela, pour au moins deux raisons. Ce que l'administration peut faire de mieux c'est de se déclarer incompétente en matière académique et d'avoir une attitude d'aide et de soutien. Or, il est démontré que cette attitude vicariale existe naturellement partout où les professeurs sont très compétents et soucieux de la qualité professionnelle de leur travail. Par contre, les managers prennent de l'importance quand ils ont affaire à un corps professoral peu compétent, envisageant avec laxisme les exigences de leur profession.

Par ailleurs, une des causes essentielles de la crise de nos institutions d'enseignement est le fait qu'elles ont perdu leur fonction normative pour ne retenir que les fonctions utilitaires. Dans une institution normative, on transmet des valeurs autres que les savoirs et que les techniques conduisant à l'exercice d'un métier; des valeurs comme celles de la gratuité, de la probité intellectuelle, de l'amour et de la vérité. Or, les managers et les syndicats sont étrangers à ce monde; seuls les professionnels de l'enseignement en font l'expérience dans l'exercice de leur métier et savent que c'est bien là l'essentiel de ce qu'ils transmettent à l'étudiant. C'est pourquoi cette fonction normative ne peut être sauvegardée que par le corps professoral. Il faut donc que naisse une troisième force qui fasse contrepoids et qui préserve l'essentiel de nos institutions d'enseignement.

Mais cette prise en charge, par les professeurs eux-mêmes de leurs responsabilités professionnelles, demeurerait sans grand effet si des regroupements spécifiques n'en permettent l'émergence. D'où mon deuxième voeu:

b) *Il faut préserver sinon créer les lieux où peut se déployer l'exercice de cette responsabilité professionnelle.* L'histoire courte des cegeps a déjà fait que certains de ces lieux soient brûlés. Sauf exception, la commission pédagogique et le département ne sont plus les lieux où peuvent émerger naturellement ces questions. Mais il existe encore quelques champs (préservés jusqu'à quand?) qu'il faut protéger à tout prix. Celui des comités pédagogiques provinciaux en est un. N'est-il pas étrange qu'un colloque comme celui-ci puisse réunir des professeurs de soins infirmiers de toute la province pour échanger sur leur travail professionnel et cela, sous l'ombre tutélaire du ministère de l'Éducation? Dix, quinze colloques comme celui-ci ont lieu chaque année, regroupant des professeurs de disciplines diverses alors que la chose est pratiquement impossible à l'intérieur de chaque collège. Cela donne à penser... De même, dans près de vingt-cinq collèges, est en place un programme de perfectionnement des professeurs. Dans ce

programme (Performa), les professeurs déterminent eux-mêmes leurs besoins de perfectionnement, et çà marche! Ces réussites doivent nous indiquer des voies de solution. Il nous faut protéger de toutes nos forces ces lieux, il faut peut-être même en créer d'autres.

Je crois que doivent naître ou renaître des associations professionnelles de professeurs, par discipline. C'est là qu'il faut investir des énergies. Les associations professionnelles de professeurs ont perdu de leur lustre parce qu'elles pouvaient difficilement défendre les intérêts économiques de leurs membres, la loi ne leur donnant pas le pouvoir de contrainte qu'a un syndicat: le droit de grève. Mais la défense des intérêts économiques étant assurée par l'organisation collective interne qu'est le syndicat, il convient que ces associations reprennent l'essentiel de leur mission qui est de chercher à garantir les normes d'une discipline et d'une profession de façon à assurer, à la fois, la protection du public et l'épanouissement de cette discipline. Et personne mieux que ces associations ne peuvent remplir cette fonction.

Je ne sais si j'ai traité le sujet qui m'était proposé. Le thème de ce panel était "le choc des attentes extérieures et intérieures chez l'enseignante de soins infirmiers". Or, l'essentiel de ma communication voulait dire: les protagonistes de l'intérieur, administrateurs et syndicats ont rarement des attentes à votre égard, ils ont des exigences, ils réclament votre allégeance. Or, il n'est jamais facile d'être pris entre des loyalismes contradictoires, successivement acceptés et rejetés par les groupes auxquels on est attaché. On fuit souvent cette situation par un repli. Or, je pense qu'il y a un terrain qui est vôtre c'est celui de la responsabilité professionnelle, celui de la responsabilité académique. C'est ce terrain qu'il vous faut cultiver, vous-mêmes: l'avenir de l'enseignement collégial en dépend.

Quand au reste, à la vie de tous les jours, il faut apprendre à vivre, sans drame, avec des allégeances diverses et contradictoires. Schizophrénie, oui, sans doute, mais vous savez mieux que moi que la

maladie dépend surtout de ce qu'une société considère comme normal. Pour nous occidentaux, la vie personnelle et morale est caractérisée par les efforts pour intégrer des devoirs divers et contradictoires; pour le japonais, elle l'est, par le compartimentage, ce qui lui permet de s'acquitter d'obligations diverses selon des codes. Pourquoi n'aurait-il pas raison sur ce point?

Francine Lalonde, présidente, Fédération nationale des enseignants Québécois.

C'est avec empressement que j'ai accepté l'invitation à participer à votre colloque. La perspective de discuter avec vous des conditions d'exercice et du contenu de votre enseignement m'attire d'autant plus que c'est en tant que syndicaliste que j'ai été invitée. Et je m'explique.

Si, en tant que syndiqués, nous avons revendiqué depuis 1968 une meilleure tâche et si nous avons fait certains gains, c'était dans la perspective avouée non pas de travailler moins, mais de travailler mieux. Conviés en 1968, à participer à ce qui était perçu alors comme une aventure emballante, c'est-à-dire la création des cegeps, nous avons dû trimer dur au niveau syndical et pédagogiquement pour créer un enseignement de qualité dans les conditions de démocratisation en cours de l'enseignement collégial.

C'était particulièrement vrai pour vous qui aviez à former un nouveau milieu de formation, une nouvelle infirmière sur laquelle planaient bien des doutes puisqu'elle n'était pas le produit de l'école traditionnelle. Formée dans un autre cadre, elle allait être perçue comme un agent de changement par le milieu hospitalier. Vous qui aviez été formée à l'hôpital, vous deviez improviser sur le champ, en compagnie de professeurs de toutes disciplines dont vous pouviez penser qu'ils ne comprenaient rien aux difficultés que vous rencontriez.

En partie au collège, en partie à l'hôpital, votre vie de professeur peut aisément se dérouler en marge des autres professeurs. Et même si, nombreuses parmi vous sont celles qui ont participé et participent à la vie collective de leur syndicat local, j'exprime une attente du syndicalisme à votre endroit quand je réclame de vous, une plus grande présence aux activités de votre syndicat local, pour exprimer aussi bien vos avis et vos besoins, que vos questions et même vos reproches.

C'est une attente bien peu originale, me direz-vous. Peut-être, mais elle marque le souci de ne pas séparer vie syndicale et vie pédagogique, alors qu'il serait si facile de le faire. Qu'on se parle entre professeurs de mathématiques, de techniques infirmières, de français, de chimie, soit! mais qu'on ne reste pas en tant que tels isolés des autres, enfermés chacun dans son ghetto, sans voix par rapport à ce que devrait être la formation complète de chaque étudiant ou des choix qui devraient lui être offerts. C'est au niveau syndical qu'on peut mettre en commun nos expériences et nos exigences pédagogiques et en dégager des positions communes. Il ne s'agit pas d'empêcher les débats, ni d'arrêter les coordinations provinciales, au contraire! Il s'agit d'avoir un mot à dire et plus, en tant que pédagogues et syndiqués et concernés par le contenu et la façon d'enseigner.

Le nouveau régime pédagogique annoncé par le Livre Blanc du ministère de l'Éducation nous obligera à ce débat. Vous en serez, n'est-ce pas?

Mais ce n'est pas la seule attente que j'aie à votre endroit en particulier, ni à l'endroit de l'ensemble des professeurs. La pédagogie, le contenu de la formation ne fait pas que de préparer les étudiants à aller à l'université ou à se trouver un travail: ils les préparent à prendre leur place dans une société dont on sait qu'elle n'est pas faite pour la majorité, la très large majorité des travailleurs dont nous sommes une fraction privilégiée, nous, les professeurs, à l'opposé des chômeurs et des assistés sociaux. Comment, chacun dans notre spécialisation, notre enseignement peut-il tenir compte et même s'enraciner dans la connaissance des conditions de vie et de travail des autres travailleurs? Cette connaissance, dans votre cas, ne fait pas qu'offrir aux étudiants des perspectives différentes mais elle peut en faire de véritables agents de changements dans leur milieu de travail (je devrais dire elles, puisqu'elles sont largement majoritaires).

Je voudrais vous entretenir de la santé et de la sécurité au travail, sachant qu'on en parle depuis fort peu de temps au Québec et que

les universités n'ont pas toutes, en médecine même, une telle spécialité parce qu'on ne possède pas encore les ressources humaines nécessaires. Je sais, nous savons, que les milieux hospitaliers sont loin d'avoir intégré cette préoccupation, les médecins en tête. Et pourtant, à cause de cette difficulté, je me permets de vous dire qu'il faut que le programme de formation des infirmières donne une large place à ce qu'on convient d'appeler la santé et la sécurité au travail. D'une part, les besoins d'infirmières sur les lieux de travail, en usine et ailleurs seront importants, d'autre part, l'approche des soins doit se ressentir de cette connaissance des conditions antérieures de travail des patients.

Tout ce que je peux exprimer, c'est une attente: sa concrétisation dépend de vous, de vous en liaison avec tous ceux qui partageront les mêmes objectifs. Je me permets ici de répéter ce que je disais au colloque convoqué par les doyens de faculté de médecine au printemps 1978, je représentais alors la C.S.N.:

> "Ce que nous attendons, ce que les travailleurs syndiqués ou non sur leurs lieux de travail attendent, ce n'est pas que vous vous substituiez à eux, pour régler le problème de leur santé, beaucoup ne croient plus au Père Noël, mais que vous fassiez en sorte que:
>
> -les médecins soient préparés médicalement et scientifiquement à connaître les problèmes spécifiques aux travailleurs et travailleuses; à les traiter et ce, après les avoir écoutés parce qu'ils vivent et expérimentent toutes ces anciennes ou ces nouvelles agressions;
>
> -les médecins soient préparés à une fonction nouvelle pour la médecine: prévenir plutôt que de traiter;
>
> -les médecins, sans cesser de l'être, mettent leurs connaissances et leurs moyens au service de ceux qui en ont le plus besoin.

Nous ne nous dirons pas en détail, comment en arriver là, c'est votre problème. Nous nous contenterons d'être exigeants et de tenter de faire convenablement notre boulot."

Les infirmières, actuelles et futures, peuvent être sensibilisées par les conditions de travail qui, dans les hôpitaux aussi bien que dans les usines rendent les travailleurs et les travailleuses malades, sans qu'ils sachent vraiment ce qui les rend fatigués, las et plus. Les travailleurs et les travailleuses ont droit de connaître leur état réel de santé en regard de leurs conditions de travail passées ou présentes afin de pouvoir éliminer les conditions dangereuses, de pouvoir suivre un traitement approprié et de recevoir une compensation pour la perte d'intégrité physique et la perte de revenu.

Je me permets d'insister sur ces conditions de travail qui sont bien loin de la neutralité du patient en robe de malade, propre et dans un lit blanc.

Ce n'est pas un conte de Dickens; il y a sur les lieux de travail de la poussière, des gaz, des produits toxiques, du bruit, des cadences accélérées, du stress, de la chaleur, du froid, de l'humidité, des positions inconfortables, des contremaîtres qui poussent au travail, de l'isolement ou ...du chômage, des mises-à-pied...

Bien sûr, il y a la loi, les règlements, les inspecteurs. Mais les rapports d'inspecteurs sont une longue liste d'infractions aux règlements et aux normes ou des avis de correction à faire, mais bien souvent les travailleurs n'ont que leur force pour s'assurer qu'elles le soient.

On peut penser que le progrès technologique améliore grandement la situation des travailleurs. Mais, ce progrès technologique se traduit par des nouvelles machines, des processus, des produits qui n'ont pas comme dénominateur commun que d'être pensés pour la sécurité et la santé des travailleurs (c'est le moins qu'on puisse dire), mais pour la productivité maximale.

Par ailleurs, quand on connaît la guerre que doivent mener même les fonctionnaires et les inspecteurs du gouvernement, les universitaires qui font des recherches pour seulement savoir la composition chimique des produits au-delà de leur nom commercial, on peut avoir une idée de ce qui se passe sur les lieux de travail, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Or, les produits chimiques sur le marché se comptent par centaines de milliers et c'est chaque année plus d'un millier de nouveaux produits qui sont ajoutés, et ce, sans que les effets sur la santé aient été en aucune façon analysés. Et je n'ai encore rien dit des combinaisons de ces produits dont les effets sont encore davantage inconnus.

Qu'on songe seulement... En 1978, le secrétaire d'État à la santé aux États-Unis a avisé dix millions de travailleurs américains que 42% à 51% d'entre eux ayant été en contact avec l'amiante de 1943 à aujourd'hui, même pendant une courte période, risquaient de mourir d'un cancer (20% à 25% d'un cancer de poumon, 7% à 10% d'un mésothéliome et 8% à 9% d'un cancer du tube digestif)... à part l'amiantose, l'emphysème, les maladies cardiaques.

On peut penser que, lentement mais sûrement, tous profitent de la prospérité et ont des perspectives de mobilité sociale ascendante. Mais une étude d'Astrid Lefebvre Girouard publiée par le C.S.S.M.M. en 1978 et qui s'intitule: "L'appauvrissement des petits salariés" établit de façon scientifique ce qu'on savait déjà:

> "Les conditions de travail, selon leur nature et leur intensité, sont susceptibles de provoquer un vieillissement précoce du travailleur, de porter atteinte à sa santé, d'user démesurément de sa "force de travail" et par le fait même, de le rendre graduellement inapte au travail" (page 20).
>
> "Cette atteinte à la force physique peut parfois se manifester par une plus grande lenteur, une certaine maladresse ou un état de

fatigue chronique. Ce que l'on qualifie souvent de "paresse" cache souvent une diminution de la force du travail et une atteinte à l'état général de santé. Plusieurs maladies industrielles ont pour symptôme initial une certaine lassitude, avant de dégénérer vers des symptômes plus évidents." (page 40).

"La majorité des individus amoindris et "usés" au groupe manufacturier changeraient d'occupation dès la force de l'âge passée pour se retrouver plus vieux au groupe des services ou des chômeurs et des assistés." (page 42).

Pourquoi avoir rappelé toute cette réalité? Nous concerne-t-elle? Est-ce vraiment important pour la formation des futures infirmières? Je vous renvoie la question: Est-ce possible de former des infirmières, aujourd'hui, dans l'ignorance et dans l'absence de cette réalité?

Je conclus en résumant que les autres professeurs attendent de vous, votre solidarité consciente: que les autres travailleurs ont besoin de votre conscience solidaire et des actions qu'elles entraînent.

"LES ATTENTES INTÉRIEURES DE L'ENSEIGNANT EN SOINS INFIRMIERS"

Claire Martin, conseiller en formation professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Après avoir cerné, avec les personnes ressources, les attentes extérieures qui vous sollicitent, j'imagine, en ce moment, votre tiraillement voire même un certain écrasement qui peut vous dicter la réaction: "Je n'y arriverai jamais!" Il est en effet pertinent d'affirmer pour un professeur de soins infirmiers, qu'il est bien difficile, dans notre système actuel, de donner un service de qualité, c'est-à-dire de favoriser l'apprentissage des soins infirmiers à l'étudiant en respectant la "globalité" de ce qu'il est afin qu'une fois sur le marché du travail, il parvienne, comme professionnel en soins infirmiers, à considérer le malade comme un "tout".

Mais plus je réfléchis et plus j'analyse la situation, plus je me dis qu'il doit y avoir d'autres raisons que les pressions extérieures et c'est là que je m'oriente vers l'intérieur, en cherchant les causes de nos difficultés en tant qu'infirmière et professeur en soins infirmiers, à donner un service de qualité.

De l'intérieur, je suis d'accord pour dire qu'à certains moments, dans notre activité d'infirmière, nous perdons de vue le malade et que, souvent, l'étudiant est absent de nos préoccupations en tant que professeur.

Comment expliquer ce fait?

La recherche d'une réponse me fait remonter le cours de l'histoire jusqu'à Descartes! Soyez sans crainte, il ne sera pas question de grande philosophie mais bien de cerner, en guise de préambule, l'impact quotidien d'une façon de penser et aussi dans quelle mesure cette façon de penser influence notre intérieur.

Descartes et sa pensée nous ont habitués à bien séparer le corps de l'âme.

Avec les années, le développement de cette pensée nous a conduits à la conception du corps-machine.

Du corps conçu comme une machine à la maladie envisagée comme ennui-mécanique... ou à la santé considérée comme une absence d'ennui-mécanique, il n'y a qu'un pas. Plusieurs professions de la santé ont franchi ce pas et les soins infirmiers l'ont fait dans la mesure où ils préconisent ce regard détaché et scientifique que l'infirmière jette davantage sur la maladie que sur le malade lui-même (regard clinique).

Dans cette optique, les soins infirmiers en sont venu à concevoir l'ensemble de leur intervention comme un acte technique.

Et la complexité des réactions du corps-machine et des maladies-ennui-mécanique a provoqué la naissance de la technocratie dans le domaine des soins (voir schéma en annexe).

Tout au cours de l'histoire, comme au fil de notre travail quotidien en tant qu'infirmière, le malade conçu comme un "tout" est absent.

Et si je fais le parallèle avec l'âme, je pense alors avoir une explication à notre difficulté à tenir compte de la "globalité" de l'étudiant.

L'âme étant considérée comme le principe fondamental de l'aspect humain, fait référence à l'esprit.

L'esprit est vu alors comme une machine qui ingurgite des données et produit un savoir qui permet de dominer.

De l'esprit vu comme une "machine à connaître" au processus d'apprentissage considéré comme un ensemble d'étapes mécaniques (engrenage) à faire fonctionner, il n'y a qu'un pas.

L'enseignement franchit ce pas dans la mesure où il préconise le regard scientifique du professeur centré plutôt sur le processus d'apprentissage que sur l'étudiant lui-même (regard didactique).

L'enseignement conçoit alors la teneur de son intervention comme un acte technique.

La complexité des réactions de l'être humain face à son processus d'apprentissage fait naître la technocratie dans le domaine de l'enseignement (voir schéma en annexe).

Ici aussi, à cause d'une façon de concevoir l'étudiant et de n'en privilégier qu'une dimension, nous le perdons de vue en tant que personne. En plus, notre action induit chez lui la compartimentation de son être.

Pourtant nous savons "avec notre tête" que considérer le malade et l'étudiant dans sa "globalité" est important, mais ayant nous-mêmes été tributaires d'une approche sous-tendue par une telle façon de penser... il convient d'admettre l'hypothèse que nous sommes nous-mêmes fondamentalement compartimentés dans nos constituantes. Nous sommes divisés en corps et âme! Et en plus de cette division, nous nous attardons très souvent à une dimension d'une de ces parties. Par exemple, quelle attention portons-nous à notre corps lorsque, préoccupés par un cours à préparer, dans un laps de temps réduit, nous grugeons sur notre sommeil, voire même sur nos repas.

N'ayant pas la perception de nous-mêmes comme d'un "tout", nous ne vivons pas comme un "tout". Face aux événements et aux situations, nous ne considérons que certains aspects de nous-mêmes, nous faisons appel à

quelques compartiments de notre être selon l'événement. Il est compréhensible que nous ayons de la difficulté à "personnaliser" nos soins ou notre enseignement car "personnaliser" veut dire s'attarder à tout l'être humain.

J'ose dire ici que cette compartimentation intérieure est la cause des sentiments de dispersion, de surcharge et de pression que nous avons face aux attentes extérieures.

Si nous prenions comme exemple les attentes suivantes de l'étudiant:

que vous connaissiez bien votre matière;

que vous soyez pédagogue;

que vous soyez disponible;

que vous établissiez une relation interpersonnelle avec lui.

Et que vous présentiez les difficultés intérieures suivantes:

une insécurité dans votre approche pédagogique;

un malaise à établir une relation d'aide.

Voyez-vous que les demandes de l'étudiant d'être pédagogue et aidant à son égard, vont se heurter à vos demandes intérieures d'être plus en sécurité et plus à l'aise dans votre travail?

Le choc des attentes se produit, si vos difficultés intérieures ne sont pas conscientes et plus ou moins intégrées. Il n'est pas dit qu'il ne faut pas avoir de difficultés... ce serait utopique, mais que vos demandes intérieures issues de difficultés soient connues et acceptées afin de cerner les paramètres de votre action.

Je crois que, si une personne est unifiée, c'est-à-dire qu'elle soit à son aise dans la gouverne de son être, elle parvient alors à harmoniser ses besoins, ses tendances et ses aspirations, en tenant compte de son environnement mais non en subissant les contraintes et les impératifs de cet environnement.

Nous pouvons alors énoncer que l'exigence intérieure primordiale... fondamentale, est cette nécessité et cette aspiration à l'unification de laquelle découlent toutes les autres attentes intérieures.

Je vais essayer de vous expliquer cette croyance, en cernant comment il est possible de s'unifier, de rassembler nos parties pour nous constituer en tant qu'un "tout", c'est-à-dire pour réaliser la synthèse de ce que nous sommes.

Nous n'avons pas le temps de circonscrire ici, tous les éléments d'une conception de l'homme, mais il faut pour continuer notre réflexion, accepter certains postulats.

D'abord que:

1. l'homme possède une intériorité (qui peut être vue comme un centre, une source d'énergie, de mouvement);

2. une force ascensionnelle pousse l'être humain à s'accomplir, à se dépasser, à s'actualiser;

3. l'homme peut, par l'intermédiaire de son esprit:
   prendre conscience de lui-même;
   exercer sa capacité de choisir.

Accepter ces postulats implique un accord avec le fait que l'être humain possède des outils pour mettre ces éléments en branle et que ces outils sont:

la pensée réfléchie;

la volonté.

Voir comment la pensée réfléchie et la volonté concourent à nous unifier, à nous vivre comme un "tout", exige de comprendre certaines notions théoriques sur la condition de l'homme. Cependant, je ne voudrais pas qu'on en reste à ce "savoir" car il peut nous distraire de nous-mêmes et nous faire perdre le contact avec l'intérieur de notre être.

Je fais donc appel à votre capacité de comprendre l'être humain par l'intermédiaire de votre expérience personnelle, intérieure... c'est une invitation à vous "ouvrir" totalement et non pas seulement une partie de vous-mêmes qui pourrait être votre intelligence... mais bien d'impliquer tout ce que vous êtes dans l'expérience présente.

Dans cette perspective, abordons la pensée réfléchie.

La réflexion, c'est le pouvoir que nous avons de nous replier sur nous, de prendre possession de nous-mêmes comme d'un être doué de sa consistance et de sa valeur particulière.

C'est la capacité de se concentrer, de se recueillir pour obtenir des représentations du monde extérieur certes, mais aussi pour avoir l'idée de ce que nous sommes.

Pour être capable d'affirmer, par exemple, que je suis une infirmière engagée dans la profession, j'ai dû m'arrêter d'abord pour réfléchir à ce que signifie pour moi "être infirmière", à l'importance que j'attribue à la profession et au sens que je donne à l'engagement. Alors j'ai constaté chez moi des éléments qui me permettaient cet engagement que j'accepte de réaliser.

Par la réflexion, nous ne faisons plus seulement que "connaître"

mais nous nous connaissons; nous ne faisons plus seulement que "savoir" mais nous savons que nous savons. [1]

De cette façon, nous nous individualisons. La pensée réfléchie nous permet de constituer notre identité, de cerner notre "moi" en le regardant de façon objective... ce qui nous permet conséquemment de l'affirmer dans notre agir. Elle favorise un recul pour pouvoir nous observer en tant qu'être vivant des expériences.

La réflexion contribue à former, à l'intérieur de nous, un espace que l'on peut appréhender et où se nouent, se consolident toutes nos représentations et toutes nos expériences. Elle nous rend accessible à notre "être"... Elle nous donne la "conscience de soi".

Et cette conscience éclaire les possibilités d'action qui se proposent à nous dans la vie courante et qui sollicitent un choix délibéré.

Et c'est ici qu'intervient la volonté.

Attention, il ne faut pas, ici, considérer la volonté comme les victoriens l'ont fait, c'est-à-dire comme un élément répressif de l'activité humaine qui agit contre la personnalité et impose un changement ou l'atteinte d'un but.

La volonté est comme l'homme de barre d'un bateau. Il sait la route, la direction à suivre et il maintient le bateau dans la voie. La force dont il a besoin pour tourner la roue est différente de celle fournie par le propulseur ou l'engin.[2]

Elle est donc cet outil qui permet à l'homme de se diriger et de se rendre au port prévu. Étant un élément central de l'être humain, elle a

---

1 Pierre Teilhard de Chardin, Le phénomène humain, Paris, Éditions du Seuil, 1955, p. 161.
2 Roberto Assagioli, The Act of Will, Californie, Esalen Books, p. 17.

des fonctions de direction, d'orientation et de régulation.

Si je reprends le même exemple de l'infirmière engagée dans la profession, pour vivre authentiquement cet engagement auquel elle a globalement adhéré, elle sera appelée, face aux situations professionnelles, à choisir des actions dans le sens et dans la direction qu'exige cet engagement, c'est-à-dire s'impliquer dans certains mouvements, prendre position, etc.

Nous avons maintenant tous les jalons pour démontrer les exigences du processus d'unification.

Le processus exige:

une connaissance de ce que nous sommes et une conscience de nous-mêmes dans l'action;

un but clair et explicite qui donne un sens à notre vie et qui tient compte de notre environnement;

un choix volontaire et authentique d'actions qui nous orientent vers l'atteinte du but déterminé;

un appropriation des résultats de nos actions, c'est-à-dire une responsabilité assumée de notre choix.

Tout au cours de notre vie, ce processus s'effectue par l'utilisation constante de la réflexion et de la volonté.

Si, à travers toutes les expériences vécues, nous cherchons à mieux nous connaître et à développer de plus en plus notre aptitude à choisir consciemment en regard de ce que nous croyons sincèrement être bon et approprié pour nous, nous nous acheminons vers l'unité de notre être.

Concrètement, ceci signifie que nous faisons face à chaque événement importa..t en choisissant consciemment les actions nécessaires, à la lumière:

de ce que nous sommes;

du but que nous avons.

Si nous ne faisons pas cela, nous laissons le choix à l'événement, c'est lui qui nous gouverne... Et voyez-vous que c'est à ce moment-là, que toutes les exigences extérieures qui sont inhérentes à l'événement et qui nous sollicitent peuvent nous assaillir et nous écraser parce que ce sont elles qui ont le pouvoir, l'importance, l'autorité.

Nous leur cédons cela... alors que nous savons:

qu'elles ne peuvent pas tenir compte de ce que nous sommes... donc elles ne peuvent affirmer notre "moi";

qu'elles ne peuvent pas discerner ce qui est important pour nous en regard de notre actualisation;

qu'elles ne peuvent pas établir de priorité;

qu'elles ne peuvent pas assumer de responsabilité.

Si nous prenions un exemple au niveau professionnel... Je suis professeur au cegep.

Après analyse de ce que je suis, j'ai choisi de façon délibérée de faire ce travail parce que je crois que je peux exploiter mes ressources, rendre service et atteindre mon but dans la vie.

Au cours d'une semaine, interviennent les événements suivants:

l'Association canadienne du cancer m'appelle pour faire partie d'un comité de formation populaire;

le syndicat voudrait que je sois membre de l'exécutif;

le département T.I.N. met sur pied un projet de "tutorat" et sollicite ma participation;

le collège organise une session d'étude sur l'évaluation de l'enseignement et réclame l'assistance de tous les professeurs.

Qu'est-ce que je fais face à tout cela?

Voyez-vous que des choix doivent être faits? La réponse sera différente pour chacun de nous. Mais ce qu'il est important de noter c'est que, si nous ne nous référons pas à ce que nous connaissons de nous et de nos choix antérieurs, de l'ensemble de nos responsabilités, du temps dont nous disposons et du but proposé, les sollicitations auront raison de nous.

Beaucoup de sollicitations vous ont été présentées au cours du présent colloque. Plusieurs idées ont été brassées, échangées. Vous pouvez être tentés par les nouveautés, les changements, les réajustements à effectuer dès votre retour au cegep.

Avant de choisir quelque action que ce soit, ne croyez-vous pas qu'il serait important de s'arrêter, de laisser décanter tous les stimulus extérieurs et de se retourner vers l'intérieur, c'est-à-dire réfléchir.

Les questions suivantes peuvent alimenter votre introspection:

Quelles sont mes forces et mes limites?

Quel sens a pour moi, la vie? Qu'est-ce que je veux en faire?

Ai-je choisi volontairement et consciemment de devenir infirmière?

Ne serait-il pas pertinent de renouveler ce choix à la lumière de mon expérience actuelle?

Que veut dire être professeur en soins infirmiers pour moi?

Est-ce que j'ai choisi d'enseigner parce que cette profession me permet de m'affirmer, de me dépasser, de m'actualiser dans une optique de service?

Si oui, est-ce à propos de me rappeler mon but?

Si non, est-ce approprié de faire ce choix?

Personnellement, je crois que c'est seulement si nous acceptons de réfléchir dans ce sens et de choisir de façon éclairée et délibérée que nous parviendrons à nous unifier, c'est-à-dire d'être capable de vivre harmonieusement dans et avec notre environnement et non pas d'être sous l'effet continuel du choc des attentes extérieures et intérieures.

De plus, être unifié, pour l'infirmière et le professeur en soins infirmiers, signifie être capable de considérer le malade et l'étudiant dans sa "globalité", gage d'une qualité augmentée de service tant dans le domaine des soins que dans celui de l'enseignement en soins infirmiers.

ANNEXE

DOMAINE DE L'ENSEIGNEMENT

DESCARTES

CORPS ET ÂME

ESPRIT-MACHINE
(CONCEPTION MÉCANISTE)

PROCESSUS D'APPRENTISSAGE
(ENGRENAGE MÉCANIQUE)

REGARD DIDACTIQUE
(SUR LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE PLUTÔT QUE SUR L'ÉTUDIANT)

ACTE TECHNIQUE
(INTERVENTION ÉDUCATIVE)

TECHNOCRATIE
(DOMAINE DE L'ENSEIGNEMENT)

ANNEXE

DOMAINE DES SOINS

DESCARTES

CORPS ET AME

CORPS MACHINE
(CONCEPTION MECANISTE)

MALADIE - ENNUI MECANIQUE

REGARD CLINIQUE - SUR LA
MALADIE ET NON SUR LE
MALADE

ACTE TECHNIQUE -
(INTERVENTION NURSING)

TECHNOCRATIE
(DOMAINE DES SOINS)

Achevé d'imprimer à
Québec en janvier 1981, sur
les presses du Service des impressions en régie
du Ministère des Communications
du Québec

Gouvernement du Québec
Ministère des Communications
Service des impressions en régie

Janvier 1981

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement collégial

Ressourcement et Envol

Rapport

Colloque des Techniques infirmières

Deuxième partie

Collège de Maisonneuve, Montréal — 2 au 5 juin 1980

15-5815-02

EDUQ 8570401 B

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement collégial

Ressourcement et Envol

Rapport

Colloque des Techniques infirmières

Deuxième partie

Collège de Maisonneuve, Montréal

2 au 5 juin 1980

15-5815-02

ISBN - 2-550-042208-5 (No édition complète)

ISBN - 2-550-04206-9 (No 2e partie)

Dépôt légal: quatrième trimestre 1980
Bibliothèque nationale du Québec

En juin 1980 avait lieu le premier colloque sur l'enseignement des soins infirmiers au Québec. Cet événement qui s'inscrit dans le cadre des services d'animation pédagogique offerts aux professeurs par la Direction générale de l'enseignement collégial a suscité beaucoup d'intérêt. Plus de six cents personnes des milieux de l'enseignement et des milieux cliniques ont accepté l'invitation du Comité d'organisation.

Les conférenciers, les personnes ressources et les participants ont contribué à l'atteinte des objectifs du colloque:

une occasion pour les professeurs de soins infirmiers de réfléchir sur la pertinence de leur enseignement en regard d'une pratique professionnelle capable de satisfaire les attentes de la société québécoise en matière de soins infirmiers;

une occasion pour les praticiennes et les éducatrices de soins infirmiers de renouer un dialogue peut-être interrompu lors de l'intégration des écoles d'infirmières au système d'éducation;

une occasion pour la diffusion du plan d'action prévu pour la révision du programme d'études au niveau collégial;

une occasion pour un ressourcement d'abord.

Nous croyons que la publication de ce rapport est une contribution à l'envol.

Le comité d'organisation:

Cécile Lambert, Collège de Maisonneuve;
Michel Fortin, Collège de Bois-de-Boulogne;
Solange Hotte, Collège Saint-Laurent;
Denyse Théberge-Rousselet, Collège Montmorency.

décembre 1980

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CONFÉRENCES

Inauguration, Denis Olivier. 1

Présentation du thème: "Ressourcement et Envol", Cécile Lambert. 11

Adaptation du "curriculum" en fonction du renouvellement de la profession, Carrie B. Lenburg. 33

L'application d'un modèle conceptuel au programme d'études collégiales, Evelyn Adam. 49

Les insolences d'une praticienne, Nicole David. 57

Le choc des attentes extérieures et intérieures chez l'enseignante de soins infirmiers, Claire Martin, 71,105

Hélène Pelletier-Baillargeon, 75

Césira Biffi, 83

Paul Inchauspé, 87

Francine Lalonde. 99

DEUXIÈME PARTIE

ATELIERS

1 - L'analyse interactionnelle professeur-étudiant dans l'enseignement des soins infirmiers. Pourquoi? Comment?, Denise Badeau. 119

2 - La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par vidéo-rétro-action, Margot Phaneuf. 149

3 - Le choix d'une expérience intégrée à une formation théorique, Denise Dionne. 175

4 - Évaluation clinique: le professeur évalue-t-il ce qu'il a enseigné ou ce que l'étudiant a appris?, Dolorès Plourde. 185

5 - Démarche utilisée pour la révision du programme au Collège Saint-Georges (séminaire) avec le cadre conceptuel de Virginia Henderson, Madeleine Demers, Micheline Roy, Claire B. Fontaine. 191

6 - Démarche utilisée pour la révision du programme du Collège Vanier avec le cadre conceptuel de Callista Roy, Georgiana Kish et Donna Rooney. 201

7 - Droit professionnel et responsabilité en soins infirmiers, Fernande Villeneuve. 219

9 - L'étudiante des Techniques infirmières est-elle libre de "s'auto-former" et de "s'auto-évaluer"?, Gladys Marcon. 233

10 - "Ne devient pas infirmière qui veut en pratique privée, Louise Fontaine. 239

11 - L'infirmière technicienne: sa raison d'être?, Madeleine Roy. 251

12 - S.V.P. aidez-moi: hier étudiante (je planifie des soins pour un client); aujourd'hui infirmière (je dois planifier pour six clients et...), Louise Boivin. 259

13 - L'éthique dans la tâche professionnelle en Techniques infirmières, Georges Legault. 285

14 - Les soins infirmiers: profession suicidaire?, Michel Demers. 299

15 - Étudiante infirmière on me "biologise", me "psychologise", me "sociologise" et...mais après...qui suis-je?, Luce Goulet-Côté, Paul Doyon, France Hubert, Raymond Lachance, Laurent Pellerin et des étudiantes. 313

TROISIÈME PARTIE

ATELIERS

16 - Application d'une théorie d'apprentissage en laboratoire clinique, Colette Fortier-Havelka. 319

17 - Simulation clinique: rapport d'une expérience vécue en laboratoire-collège avant et après les stages, Monique Lefèbvre, Suzanne Fournier. 349

18 - Regard sur la satisfaction des nouvelles infirmières et des responsables en milieu hospitalier après 5 an; - 10 ans de formation collégiale, Jeanne Aymée Richard. 387

19 - En quoi un cadre conceptuel de soins infirmiers se différencie-t-il de la démarche de "solution de problèmes"?, Lise Riopelle. 401

20 - Utilisation du cadre conceptuel de Dorothea Orem au Collège de Trois-Rivières, Louise Grondin. 411

21 - Présentation du cadre conceptuel élaboré par les professeurs du Collège Dawson et de son application pour la révision du "curriculum", Christiane Lohnes. 423

22 - "Des cours sur la santé: ça donne quoi?", Isabelle Delisle. 433

23 - Inscrire 'la santé communautaire" au programme des Techniques infirmières: une utopie? Une réalité?, Monique Gascon. 439

24 - L'infirmière diplômée des cegeps est-elle une technicienne de soins infirmiers?, Gisèle Gaudreault et Lina Rahal. 443

26 - "Histoire de pouvoir" - Appel au pouvoir personnel des étudiants, Claire Lavoie. 501

27 - Révision d'un programme d'études et la résistance au changement des enseignants, Raymond Frégeau. 503

29 - La créativité en soins infirmiers? Voyons donc!, Hélène Lazure. 507

30 - Qui sont les infirmières-auxiliaires des polyvalentes? Le programme de passage d'infirmières-auxiliaires à infirmières correspond-il à leurs besoins ou à ceux des professeurs?, Ginette Bellemare. 511

L'ANALYSE INTERACTIONNELLE PROFESSEUR-ÉTUDIANT DANS L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS. POURQUOI? COMMENT?

Denise Badeau, professeur de soins infirmiers, Collège de Maisonneuve; chargée de cours à l'U.Q.A.M. et à l'Université de Montréal.

Est-ce que l'enseignement doit être analysé/évalué?

Enseignement: phénomène social important;
phénomène complexe.

Document du M.E.Q.: *les collèges du Québec, nouvelle étape.*
(qualité de l'enseignement).

Journal *Le Vîlà*: évaluation.

Est-ce que l'enseignement peut être analysé/évalué?

Rôle de l'étudiant dans l'évaluation des professeurs; PERPE, PEEP

Rôle d'observateurs indépendants.

Auto-analyse; auto-évaluation (recherches antérieures).

↓

ANALYSE INTERACTIONNELLE

Quoi?
Qui?
Quand?

Comment?
Pourquoi? Raisons d'utilisation
Résultats: qu'est-ce que ça donne?

Exercice-démonstration.

Mon intérêt pour l'Analyse interactionnelle a été précédé:

1. D'une mûre réflexion sur les questions suivantes:
Est-ce que l'enseignement doit être analysé-évalué?
Est-ce que l'enseignement peut être analysé-évalué?
Le bon enseignant, qui est-ce?

2. De lectures de nombreux documents dont deux nous touchent de près:
Les Collèges du Québec, nouvelle étape du M.E.Q.;
Le journal syndical local: *Le V'là.*

3. D'expériences vécues lors de supervision de stage d'analyse de l'enseignement à l'une et/ou l'autre des universités francophones montréalaises, en tant que chargée de cours.

La démarche que je vous propose à l'intérieur de cet atelier est:

1. de tenter de répondre brièvement aux trois questions énoncées plus haut;

2. de situer ensuite l'Analyse Interactionnelle par rapport aux réponses fournies, aux déclarations du M.E.Q. et du syndicat des professeurs;

3. de fournir au sujet de l'Analyse Interactionnelle les: Quoi? Qui? Quand? Comment? Pourquoi?

Est-ce que l'enseignement doit être analysé/évalué?

À cette question, je réponds spontanément "OUI". Oui parce que, selon moi, l'évaluation fait partie intégrante de la démarche scientifique que nous tentons d'utiliser ou d'appliquer le plus possible lors de notre enseignement de la démarche-infirmière, de la méthode de solution de problèmes, de la démarche "curriculaire"; bref, elle s'inscrit dans la logique d'une démarche d'apprentissage et/ou de soins qui se veut sérieuse et qui vise une amélioration continue. De plus, "toute action éducative nécessite un jugement permanent des fins, moyens, résultats".[1] Ne pas évaluer, c'est se condamner à la routine, à la stagnation et qui plus est, au recul.

Oui, parce que l'enseignement est un phénomène social important. Ici, je reprends les arguments fournis par Gilles Dussault et par ses coauteurs: en raison de la part considérable des fonds publics qu'on consacre à l'éducation (en 1972-1973, 30% du budget) et du nombre imposant d'heures qu'enseignants et enseignés passent annuellement en classe (43,625,000 jours complets et 119,520 années entières).

Oui aussi, du fait que l'enseignement est un phénomène complexe en soi, en raison: a) des attentes face à lui (il est transmission de connaissances, mais, plus encore, formation de l'individu en tant qu'être bio-psycho-social); b) des nombreux facteurs qui l'influencent: la personne de celui qui le donne, la personne de celui qui le reçoit, la matière enseignée, les ressources didactiques et technologiques disponibles, les dimensions du collège, l'administration, ...[2]

Est-ce que l'enseignement peut être analysé/évalué?

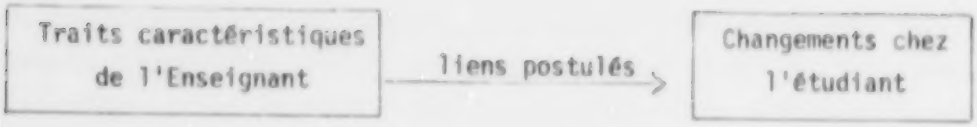
Les recherches antérieures nous permettent de répondre "OUI" également à cette question. Cependant, ici, je ne veux pas parler d'évaluer les

---

1 Condray, Léandre, Lexique des Sciences de l'Éducation, Paris, ESF.

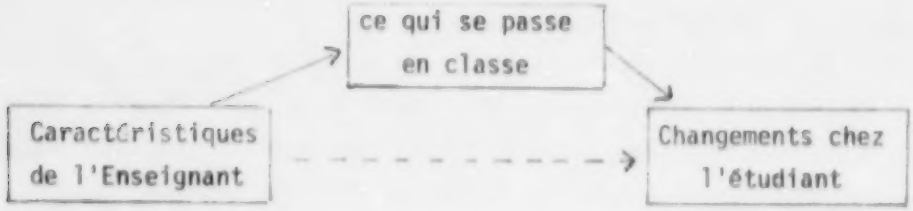
2 Dussault Gilles et al., L'Analyse de l'Enseignement, Montréal, Les Presses de l'Université du Québec, 1973.

objectifs, ni le rendement, ni la méthodologie, mais l'enseignement comme tel, c'est-à-dire "ce qui se passe en classe". Si l'on voulait représenter les recherches faites antérieurement, on le ferait comme suit:



Dussault p. 14

Ce qui fait qu'après cinquante ans de recherche, il n'y a pas de données scientifiques établies pour permettre de définir ce qu'est un bon enseignant, ce qu'est un enseignement efficace. POURQUOI? parce qu'il y a toujours eu l'oubli total d'un bloc de variables se situant entre les deux premiers:



Dussault p. 16

De fait, nous pouvons nous aussi nous poser la question: le bon enseignant, qui est-ce?

"On peut être bon enseignant par sa manière de conduire la classe, de la rendre vivante, de faire participer les élèves, de faciliter les communications. On peut montrer beaucoup d'habiletés, mais tout en perdant de vue les finalités de l'enseignement. Tel enseignant est jugé "bon" parce que ses élèves ont de bons résultats aux examens, mais ont-

ils été entraînés à l'autonomie de la pensée et de l'action? Tel enseignant est jugé "bon" parce qu'il a une action efficace sur le développement intellectuel des élèves et sur l'épanouissement de leur personnalité. Oui, mais sur quels critères d'appréciation se fonde-t-on?"

"Le jugement global porté sur un enseignant est souvent le reflet de réfractions subjectives tant pour l'observateur étranger à la classe que pour l'élève lui-même. Les divergences de conception du "bon enseignant" proviennent du système de valeurs auquel l'observateur se réfère et de la série d'attentes qui en découlent pour lui".[3]

Est-ce que l'enseignement peut être analysé/évalué en évitant le plus possible les écueils de la subjectivité?

OUI, et de différentes façons:

1. en associant les étudiants au processus d'évaluation. Exemple: test PERPE, PEEP;

2. en recourant à l'intervention de témoins experts, d'observateurs indépendants;

3. en amenant le professeur à analyser lui-même son enseignement. Une étude récente a compilé soixante-trois techniques d'observation systématique de l'enseignement et isolé plus ou moins douze méthodes utilisables par le professeur qui veut analyser son enseignement.[4-5]

Méthodes ou systèmes dont les caractéristiques communes seraient:

1. Chaque système permet l'étude d'un ou de quelques aspects particuliers du phénomène complexe de l'enseignement.

---

[3] Postic, Marcel, Observation et formation des enseignants, Paris, PUF, 1977, p. 13-15.

[4] Ste-Marie, Louis, Observation Procedure for Describing Teaching Practical Use for Teacher Self Analysis, Harvard graduate school of Education, Septembre, 1970.

[5] Lemire, Viateur (document non publié).

2. Chaque système incarne une façon particulière de voir la réalité en classe.

3. Chaque système a la forme d'un ensemble de catégories.

4. Chaque système prévoit le fractionnement pour fin de classification ou d'analyse des événements observés.

5. Chaque système permet d'obtenir une image fidèle d'un ou de quelques aspects du phénomène complexe de l'enseignement.

C'est cette troisième façon d'analyser, d'évaluer l'enseignement, qui nous amène à parler de l'"Analyse Interactionnelle".

Analyse Interactionnelle .

QUOI? L'enseignement comportant nécessairement l'interaction, étant fondamentalement une communication, une interaction ayant l'apprentissage comme objectif, l'Analyse Interactionnelle renvoie à toute technique permettant d'étudier l'enchaînement des événements en classe de telle façon que chaque événement soit pris en considération. L'analyse des processus d'interaction se fait en notant ce qui se passe dans la classe selon une codification établie et dans des périodes de temps exactes.

Événement: comportement verbal ou non du professeur, des étudiants.

Comportement: tout ce qui peut être enregistré de l'extérieur par le sens de l'observateur ou par un instrument quelconque.

Comportement verbal: mots, phrases prononcés par le professeur, par les étudiants.

Comportement non-verbal: langage corporel (visage, posture): gestes, mimiques, tics nerveux, sourires, expression des yeux, position du corps, apparence physique.

QUI? La définition précédente réfère au professeur (partie inter-agissante et auto-observatrice) et aux étudiants (partie inter-agissante).

ACÉTATE I

Questions:

1. Est-ce que je parle trop en classe?
2. Suis-je un enseignant direct ou indirect?
3. Quelle est ma réaction au comportement verbal des étudiants?
4. Je consacre combien de temps à donner un cours magistral?
5. Est-ce que je consacre suffisamment de temps à élaborer les idées des étudiants?
6. Est-ce que les étudiants ont tendance à résister à mon influence?
7. Est-ce que j'accepte les sentiments manifestés par les étudiants?
8. Est-ce que je sais complimenter les étudiants?
9. Avec quel degré d'efficacité je communique ma matière?
10. Quel usage je fais de la critique en classe?
11. La participation des étudiants dans ma classe est-elle bonne?

(Jean Villeneuve, U.Q.A.M.)

ACÉTATE II

1. fondements théoriques

2. catégories - codage

3. matrice interactionnelle

   zônes

   cellules

4. indices

QUAND?

1. quand le professeur désire savoir d'une façon systématique et objective ce qui se passe dans sa classe;

2. quand le professeur désire vérifier ses comportements verbaux et/ou non verbaux "de façon objective", en vue d'y apporter des modifications si nécessaire;

3. quand le professeur désire vérifier également la relation comportement du professeur-comportement de l'étudiant.
Lors d'une séquence d'enseignement représentative de l'enseignement habituel du professeur, laquelle séquence est enregistrée sur magnétoscope. Analyse répétable à deux ou trois reprises au cours de l'année, permettant de vérifier si les modifications souhaitées ont vraiment eu lieu.

4. quand le professeur essaie de répondre aux questions: (voir Acétate I).

COMMENT? Nous l'avons déjà mentionné, les systèmes d'analyse de l'enseignement sont nombreux, mais tous les systèmes ne s'intéressent pas à tous les aspects de la réalité en classe; pour certains, ce sont les aspects cognitifs qui importent, pour d'autres, ce sont les aspects affectifs, socio-émotifs. Certains systèmes s'intéressent au comportement verbal, d'autres au non verbal. Certains s'intéressent au comportement du professeur seulement, d'autres à celui du professeur et de l'étudiant. Il revient au professeur de choisir le système d'analyse qui lui convient, c'est-à-dire qui lui permet de vérifier ce qu'il veut vérifier.

Pour illustrer le COMMENT, j'utiliserai aujourd'hui le système d'analyse interactionnelle de Flanders. (voir Acétate II). Système s'intéressant au climat socio-émotif de la classe, aux comportements verbaux du professeur et des étudiants.

Fondements théoriques: la liberté de l'étudiant et les interventions du professeur susceptibles de restreindre ou d'augmenter cette liberté.

1. Une constatation: les professeurs jouissent, en classe, d'une autorité considérable; ce sont eux qui y contrôlent et y gouvernent vraiment les activités. Ils le font surtout par la parole. Le professeur parle plus que tous ses étudiants réunis.

2. Un postulat: le comportement verbal est une image fidèle et valide du comportement total. (Dussault, Gilles, op. cit.)

Postulats sous-jacents:

a) c'est le professeur qui est le principal responsable du climat socio-émotif d'une classe;

b) les énoncés verbaux forment un échantillon représentatif du comportement global;

c) les interventions verbales des étudiants doivent être analysées au même titre que celles du professeur;

d) il est intéressant et utile d'étudier les interventions verbales du professeur et des étudiants sous l'angle de l'interaction verbale;

e) les moments de silence et de tumulte peuvent être pourvus de signification interactionnelle;

f) les catégories de Flanders ne se recouvrent pas;

g) les indices quantitatifs donnent une image valide des phénomènes qualitatifs qu'on observe en classe (Viateur, Lemire).

3. Une conception de l'influence du professeur:

influence directe:

dominatrice, autoritaire;

limite la liberté d'action, voire même la liberté de pensée de l'étudiant;

maintient l'état de dépendance dans lequel se trouve presque invévitablement l'étudiant devant la figure d'autorité du professeur;

recourt aux arguments d'autorité, tend à exiger une soumission aveugle;

amène l'étudiant à faire du professeur plutôt que des objectifs à atteindre, l'objet principal de ses préoccupations;

amène l'étudiant à se centrer sur l'autorité plutôt que sur la tâche à accomplir.

influence indirecte:

augmente la liberté d'action et de pensée de l'étudiant;

tend à libérer l'étudiant de son état de dépendance;

amène l'étudiant à découvrir ou à comprendre les raisons des actes qu'on lui demande de poser ou des oeuvres qu'on l'invite à réaliser;

provoque la réflexion de l'étudiant;

tend à faire des objectifs poursuivis et non de la personne du professeur, l'autorité suprême de la classe;

vise à développer des actes autonomes, réfléchis et responsables, centrés avant tout sur les problèmes à résoudre.

4. Cinq définitions: deux concernant l'étudiant: soumission;
dépendance;

deux concernant les tâches scolaires: clarté;
ambiguïté;

une concernant le professeur: flexibilité.

Soumission "être soumis": obéir aux ordres ou aux demandes parce que ceux-ci sont perçus comme légitimes ou se conformer à une directive même sans être d'accord avec elle, pour des raisons tout autres que de vouloir plaire à celui qui commande.

Dépendance "être dépendant": imaginer ou deviner ce que le professeur désire et se soumettre de plein gré à ce désir, à cause du désir lui-même, non de son objet. Exemple: "Est-ce ainsi que vous voulez que je fasse?"

Clarté "avoir des buts clairs": c'est, pour l'étudiant, percevoir nettement le résultat à atteindre et les étapes à parcourir pour y arriver.

Ambiguïté "avoir des buts ambigus": c'est ne pas saisir à quoi il faut en venir, ni les façons ou les moyens de s'y rendre.

Flexibilité: changements d'influence à l'intérieur d'une période de cours; mesure du changement qu'opère le professeur dans son influence verbale, lorsqu'il passe d'une activité à une autre.

5. Trois hypothèses:

L'influence indirecte du professeur favorise l'apprentissage quand les étudiants ont une perception confuse et ambiguë du but à atteindre.

L'influence directe du professeur favorise l'apprentissage quand les étudiants ont une perception claire et acceptable du but à atteindre.

L'influence directe du professeur fait obstacle à l'apprentissage quand les étudiants ont une perception ambiguë du but à atteindre.

(Dussault, Gilles, op. cit.)

Objectifs de l'analyse interactionnelle selon Flanders:

parer le plus possible aux pièges de la subjectivité;

permettre d'étudier l'ensemble et le détail des interactions verbales entre professeur et étudiants;

classifier une série de conduites verbales en fonction de catégories préétablies, résumer en des indices numériques les caractéristiques de l'interaction verbale, analyser les modalités de la transmission verbale;

obtenir de son enseignement, une image qui permette au professeur de fixer des objectifs plus précis et d'améliorer son enseignement;

réunir des données pour vérifier des hypothèses. (Viateur Lemire)

Description générale de la technique d'utilisation du système de Flanders:

L'objet premier et normal de l'analyse interactionnelle, est un type donné de cours magistral (formel ou informel).

L'analyse portant essentiellement sur les interventions, il faut donc qu'il y en ait.

Nous partons donc d'une situation assez traditionnelle où le professeur et les étudiants échangent ou peuvent échanger sur le contenu du cours;

il peut s'agir d'un cours complet ou d'une portion de cours.

Comme il s'agit d'auto-analyse, on travaille à partir d'un bon enregistrement, soit sur bande sonore, soit sur bande magnétoscopique.

L'enregistrement étant fait, nous devons l'analyser intervention par intervention.

Nous devons aussi déceler dans la même intervention, les phénomènes différents et attribuer une cote nouvelle à chaque intervention, à chaque phénomène ou événement. Comme certaines interventions sont plus longues nous devons aussi recourir à une certaine unité temporelle (trois secondes).

Les cotes n'ont aucune valeur ordinale ou cardinale; ce sont des symboles.

Deux principes fondamentaux:

1. tout phénomène verbal observable doit être coté;

2. tout phénomène verbal qui dure plus de trois secondes doit être coté une fois toutes les trois (3) secondes.

Mais il n'est pas nécessaire qu'un phénomène dure trois secondes pour être coté:

un entraînement systématique doit permettre à l'observateur de maîtriser les diverses catégories au point de poser plusieurs jugements à la minute;

il est utile de conserver par écrit, divers renseignements précis sur les cours à analyser: date, heure d'enregistrement, plan et contenu du cours, objectifs poursuivis, atmosphère de la classe, niveau, type d'enseignement.

Donc: apprendre les catégories de Flanders;
enregistrer une séquence d'enseignement;
coder aux trois secondes.

Catégories du système de Flanders

DISCOURS DE L'ENSEIGNANT

INFLUENCE INDIRECTE

1.* ACCEPTE LES SENTIMENTS: accepte et clarifie les sentiments des élèves, d'une façon non menaçante. Les sentiments peuvent être positifs ou négatifs. La prédiction ou le rappel de sentiments appartiennent à cette catégorie.

2.* LOUANGE OU ENCOURAGE: louange ou encourage l'action ou le comportement de l'élève. Cette catégorie comprend aussi les blagues qui diminuent la tension, mais non aux dépens d'un autre individu, les signes approbateurs de la tête, les "um, um", et les expressions telles que "ça va, continue".

3.* ACCEPTE OU UTILISE LES IDÉES DE L'ÉLÈVE: clarifie, utilise ou développe les idées émises par l'élève. Lorsque l'enseignant introduit une plus large part de ses propres idées passer à la catégorie 5.

4.* POSE DES QUESTIONS: pose une question relative au contenu de la leçon ou à la procédure, avec l'intention d'obtenir une réponse de l'élève.

INFLUENCE DIRECTE

5.* EXPOSE: donne des faits ou des opinions relatifs au contenu de la leçon ou à la procédure: exprime ses propres idées, pose des questions purement rhétoriques.

6.* DONNE DES DIRECTIVES: directives, commandements ou ordres donnés avec l'intention que l'élève s'y soumette.

7.* JUSTIFIE L'AUTORITÉ OU CRITIQUE: énoncés qui visent à changer un comportement de l'élève, d'inacceptable qu'il est à acceptable; faire des remontrances; dire pourquoi l'enseignant fait ce qu'il fait; référence extrême à soi-même.

DISCOURS DE L'ÉLÈVE	8.*	DISCOURS DE L'ÉLÈVE - RÉPONSE: intervention des élèves en réponse à l'enseignant qui engage le dialogue ou demande une réponse à l'élève.
	9.*	DISCOURS DE L'ÉLÈVE - INITIATIVE: intervention spontanée des élèves. Si l'enseignant donne la parole à un élève, l'observateur doit décider si l'élève avait ou non demandé la parole.
SILENCE	10.*	SILENCE OU CONFUSION: pauses, courtes périodes de silence et périodes de confusion durant lesquelles l'observateur ne peut saisir la communication.

*Ces chiffres n'impliquent aucune échelle de valeurs. Ils ne sont que des signes d'identification, chacun désignant un type particulier de communication. Écrire ces chiffres durant l'observation, c'est simplement identifier et énumérer les communications, non les juger.

Figure: Catégories pour l'analyse de l'interaction (traduit de Flanders, op. cit., p. 20).

(Dussault, Gilles et coll., op. cit., p. 86).

Une fois le codage terminé, l'étude ou l'analyse de l'enseignement va se faire à partir:

1. De la matrice interactionnelle: voir le lexique pour la définition.

Les cotes disposées en colonne lors du codage sont reportées deux à deux sur la matrice.

Exemple: première paire 0 rangée 0
5 colonne 5

deuxième paire 5 rangée 5
4 colonne 4

Chaque comportement est enregistré deux fois:
une fois en relation avec celui qui précède;
une fois en relation avec celui qui suit.
Nous attachons de l'importance au déroulement.

Le premier chiffre indique toujours la rangée, le deuxième la colonne.

Zones importantes: voir feuille ad hoc.

Cellules: l'intersection d'une rangée et d'une colonne donne naissance à une cellule. Chaque cellule a une signification particulière (voir feuille ad hoc).

2. Des indices: expriment habituellement des rapports entre certaines données regroupées (voir feuille intitulée Indices).

3. Du pourcentage.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
1	D	D	D					G	G		
2	D	D	D					G	G		
3	D	D	D					G	G		
4								G	G		
5								G	G		
6						E	E	G	G		
7						E	E	G	G		
8	F	F	F	F	F	F	F	H	H		
9	F	F	F	F	F	F	F	H	H		
0											
total	A	A	A	A	A	A	A	B	B	C	grand total

Zone A: interventions de B

B: interventions de E

C: cotes neutres

D: secteur affectif style indirect

E: "cercle vicieux" ordre-critique

F: réactions de P à la réponse de E

G: comportements de P qui ont provoqué une réponse de E

H: secteur des interventions

CONTENU: 3-4-5-6
colonnes et rangées

DIAGONALE: Stabilité
1,1
2,2
3,3 etc.
Intervention soutenue

PRINCIPALES ZONES

MATRICE INTERACTIONNELLE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	1,1	1,2	1,3	1,4						
2	2,1	2,2	2,3							
3	3,1	3,2	3,3							
4				4,4	4,5	4,6				4,0
5		5,2			5,5		5,7	5,8		
6	6,1	6,2			6,5	6,6	6,7		6,9	
7			7,3				7,7			
8				8,4			8,7	8,8		
9		9,2				9,6			9,9	9,0
0	0,1	0,2			0,5			0,8		0,0

Cellules

1,1
1,2
1,3
1,4
2,1
3,2 etc.

Rencontre

rangée - colonne
cellule

Chaque cellule porte un message.

INDICES

Indice de participation E/P .

Rapport entre la somme des colonnes 8 et 9 et la somme des colonnes 1 à 7.

ou

$$\text{Indice E/P} = \frac{\text{Somme des colonnes 8 et 9}}{\text{Somme des colonnes } 1+2+3+4+5+6+7}$$

C'est donc le rapport entre le nombre d'interventions faites par les élèves et celui des interventions faites par le maître.

Plus l'indice E/P est élevé, plus les étudiants possèdent et exercent le droit de parler; mais plus cet indice est faible, plus fréquentes sont les interventions verbales du professeur.

Indice d'action indirecte I/D .

Rapport entre les deux façons d'intervenir du maître.

$$\text{I/D} = \frac{1+2+3+4}{5+6+7}$$

Plus l'indice est élevé, plus nombreuses sont les interventions indirectes du maître: à un indice faible, correspond une fréquence élevée des interventions directes.

Indice abrégé d'action indirecte i/d .

Se calcule comme le précédent, mais on enlève ce qui a trait au contenu, c'est-à-dire la somme des colonnes 4 et 5.

L'indice nous renseigne sur le genre de motivation le plus utilisé: indirect et positif si l'indice est élevé; direct et menaçant si l'indice est faible.

Indice de stabilité S/T .

Les cases diagonales représentent les interventions soutenues, stables, car il s'agit de répétition, donc de la permanence d'un même comportement verbal. Nous savons que les cases autres que les diagonales représentent le passage d'une catégorie à une autre.

$$ST = \frac{\text{Somme des cases diagonales } (1,1+2,2+3,3+4,4+5,5+6,6+7,7+8,8+9,9+0,0+x,x)}{\text{Somme des autres interventions}} .$$

Indice de motivation M/C .

M = interventions indirectes les plus typiques.
C = interventions directes les plus typiques.

Dans la matrice interactionnelle, il y a deux zones qui indiquent, chez le maître, la permanence de types opposés de comportement verbal: zones D et E.

Zone D: cases 1,1 - 1,2 - 1,3 - 2,1 - 2,2 - 2,3 - 3,1 - 3,2 - 3,3 (comportement chaleureux fait de compréhension, d'encouragement, d'attention).

Zone E: cases 6,6 - 6,7 - 7,6 - 7,7 (ordres et réprimandes s'enchaînent).

$$\text{Indice M/C} = \frac{\text{Somme } (1,1)+(1,2)+(1,3)+(2,1)+(2,2)+(2,3)+(3,1)+(3,2)+(3,3)}{\text{Somme } (6,6)+(6,7)+(7,6)+(7,7)} .$$

Quand il est élevé, cet indice marque l'emploi soutenu d'interventions indirectes de motivation; quand il est faible, il correspond à l'emploi soutenu d'interventions directes de contrôle.

Indice de réaction indirecte (RI/RD).

Réaction du maître à la réponse de l'élève.

$$RI/RD = \frac{\text{Somme } (8,1)+(8,2)+(8,3)+(8,4)+(9,1)+(9,2)+(9,3)+(9,4)}{\text{Somme } (8,5)+(8,6)+(8,7)+(9,5)+(9,6)+(9,7)} .$$

Au numérateur, la somme des réactions indirectes du maître aux interventions des élèves.

Au dénominateur, la somme des réactions directes.

Quand l'indice est élevé, c'est que le maître réagit de façon indirecte et favorable.

Quand l'indice est faible, c'est que la réaction est directe ou plutôt défavorable.

Indice abrégé de réaction indirecte ri/rd .

Fait abstraction des comportements verbaux du maître qui sont davantage reliés au contenu.

$$ri/rd = \frac{\text{Somme } (8,1)+(8,2)+(8,3)+(9,1)+(9,2)+(9,3)}{\text{Somme } (8,6)+(8,7)+(9,6)+(9,7)} .$$

Un indice élevé veut dire une réaction plus indirecte aux propos des élèves et à un indice faible correspond un mode plus direct de réaction.

Indices de stabilité indirecte .

Il serait possible de songer à un indice qui établisse un rapport entre les cases stables groupant les interventions magistrales et celles contenant les interventions des élèves.

$$\text{Indice SE/SP} = \frac{\text{Somme } (8,8)+(9,9)}{\text{Somme } (1,1)+(2,2)+(3,3)+(4,4)+(5,5)+(6,6)+(7,7)} .$$

On pourrait aussi étudier le rapport entre les interventions indirectes stables et les interventions directes stables:

$$\text{SI/SD} = \frac{\text{Somme } (1,1)+(2,2)+(3,3)+(4,4)}{\text{Somme } (5,5)+(6,6)+(7,7)} .$$

$$\text{si/sd} = \frac{\text{Somme } (1,1)+(2,2)+(3,3)}{\text{Somme } (6,6)+(7,7)} .$$

---

6 Lemire, Viateur, Initiation à l'analyse interactionnelle, Faculté des Sciences de l'Education, Université de Montréal, mars 1971.

POURQUOI? Raisons d'utilisation .

Même si, au cours des quinze (15) dernières années, on s'est beaucoup interrogé sur l'enseignant et sur l'enseignement, sur l'évaluation du comportement d'enseigner, il n'en demeure pas moins que nous ne disposons, à l'heure actuelle, d'aucune réponse complète à ce sujet. Dans son projet à l'endroit des cegeps, le ministère de l'Éducation écrit ceci: "En fait, l'évaluation en éducation recouvre de multiples réalités: évaluation des établissements, de l'enseignement, des programmes, de l'apprentissage des étudiants" et il ajoute: "Que ces diverses formes d'évaluation soient nécessaires à la bonne marche du système scolaire, on peut l'affirmer sans longue discussion. Les difficultés surgissent plutôt quand on veut déterminer qui est responsable de quelle évaluation."[7]

Le perfectionnement ou l'amélioration dans l'acte d'enseigner ne se fait pas automatiquement et le professeur ne saurait se reposer indéfiniment sur son entraînement au niveau du Brevet "A", du baccalauréat spécialisé, ou encore sur sa formation professionnelle de quelque niveau qu'elle soit. L'expérience dans l'enseignement ne peut non plus, à elle seule, assurer le perfectionnement du professeur.

Et, étant donné les défis lancés aux professeurs: expansion de la connaissance à un rythme phénoménal, besoins multiples et changeants de la clientèle étudiante, croissance rapide de la recherche en éducation, l'auto-évaluation dans une perspective d'amélioration continue devient un besoin urgent pour qui s'interroge sérieusement sur la qualité de son enseignement.

L'acte d'enseigner impliquant, de par sa nature, une interaction humaine dont l'objectif est l'apprentissage (pour reprendre ce que nous avons déjà dit dans le Quoi?), ne peut s'améliorer que dans la mesure où le professeur modifie ses comportements, parce qu'il en a ressenti le besoin à la suite de l'obtention de données objectives sur son propre

[7] M.E.Q., Les Collèges du Québec, nouvelle étape, p. 38.

enseignement. Le comportement pédagogique ne peut être modifié que par une personne et une seule. le professeur.

POURQUOI? Résultats: qu'est-ce que ça donne?

Au terme de l'entraînement, on a observé que les professeurs (formés à l'analyse interactionnelle selon Flanders):

manifestaient plus d'encouragement et d'acceptation;

recouraient moins à la critique;

étaient plus indirects;

étaient plus positifs dans leurs attitudes à l'égard de l'enseignement et des étudiants;

parlaient moins;

donnaient moins de directives;

permettaient plus d'interventions spontanées des étudiants.

Les étudiants parlaient plus, prenaient plus d'initiative, étaient plus actifs, plus créatifs.

La plus grande valeur de l'analyse de l'interaction semblerait être cependant, sa capacité de fournir des données pertinentes à ceux qui déplorent les courants de déshumanisation qu'on discerne dans les systèmes scolaires et qui s'efforcent d'établir, dans les classes, des relations interpersonnelles.

Ces résultats, présentés par Dussault sont supportés par la plupart des recherches faites dans ce domaine (Ober, Moskowitz, Hough, Furst, etc.)

LEXIQUE

ENSEIGNER: manipuler les variables de l'enseignement pour produire des changements déterminés sur le comportement de l'étudiant.

Manipuler: implique une action; quelque chose est fait à quelqu'un ou à quelque chose.

Les variables de l'enseignement: variables humaines;
variables de l'environnement;
variables du "curriculum".

Pour produire des changements déterminés (dépendent des objectifs) sur le comportement de l'étudiant, un enseignant doit déterminer et rendre explicites ses intentions.

Enseigner: instruire, communiquer des connaissances, montrer, guider, diriger.

Enseigner: conduire volontairement l'élève vers la connaissance:
de façon directe, en la lui imposant;
de façon indirecte, en la lui faisant découvrir.

Selon ROBERSON, l'enseignement comporte nécessairement l'interaction: enseigner, c'est plus que l'exercice d'une activité mentale, c'est fondamentalement une communication, une interaction ayant l'apprentissage comme objectif. Et il n'existe pas un modèle unique du bon enseignant: chacun doit en arriver à développer un style personnel d'enseignement qui convient à ses possibilités et à ses besoins comme à ceux de ses étudiants.

INTERACTION: Ensemble des relations établies entre les personnes, de sorte que le comportement de l'une est un stimulus pour le comportement de l'autre (Richard Côté, Le bon enseignant, p. 58).

ANALYSE: fragmentation, éclatement, décomposition en éléments aussi infimes que possible (Viateur Lemire, voir bibliographie).

SYSTÈME D'ANALYSE: instrument qui permet d'observer, de nommer, de décrire, de classifier, de quantifier et éventuellement d'interpréter divers phénomènes observables en classe. Instrument permettant aux enseignants de se voir "comme dans un miroir", d'analyser leur acte professionnel et de s'auto-évaluer en fonction des objectifs qu'ils poursuivent (Gilles Dussault et al., op. cit.).

ÉVALUATION: Le terme "évaluation" convient globalement pour désigner les trois objets du jugement en éducation (fins, moyens, résultats) et pour en exprimer la permanence; élaboration de jugements de valeur, en vue d'un but donné, sur des idées, des travaux, des solutions, des méthodes, des données. (Taxonomie de Bloom). L'évaluation consiste à déterminer dans quelle mesure chacun des objectifs a été atteint, pour signifier en même temps le caractère réciproque de l'ajustement maître-élève (E.S.F. Lexique des Sciences de l'Éducation, Léandre Coudray).

AUTO-ÉVALUATION: s'évaluer ou évaluer sa performance à partir de critères définis. Ici, évaluer ses comportements en classe.

MATRICE INTERACTIONNELLE: figure mise au point pour inscrire les interactions dans leur déroulement même. L'inscription des cotes se fait par dyades. Ce qui compte, c'est la suite de deux cotes et non une cote isolée (Viateur Lemire, op. cit.).

AUTO-ANALYSE: observation, codification, interprétation par le maître concerné des différents événements (comportements verbaux et non verbaux) de sa classe, dans leur déroulement.

DIRECTIVITÉ: influence autoritaire, dominatrice, laquelle limite la liberté d'action voire même la liberté de pensée de l'élève; elle maintient ou accentue l'état de dépendance dans lequel se trouve presque inévitablement l'élève devant la figure d'autorité que représente l'enseignant; elle recourt aux arguments d'autorité; tend à faire du maître plutôt que des objectifs à atteindre, l'objet principal des préoccupations de l'élève; elle amène ce dernier à se centrer sur l'autorité plutôt que sur la tâche à accomplir (Gilles Dussault et al., op. cit., p. 78).

INDIRECTIVITÉ: influence démocratique ou d'intégration, laquelle augmente la liberté d'action et de pensée de l'élève; elle tend à libérer ce dernier de son état de dépendance; elle s'efforce de l'amener à découvrir ou à comprendre les raisons des actes qu'on lui demande de poser ou des oeuvres qu'on l'invite à réaliser. Ce type d'influence provoque la réflexion; tend à faire des objectifs poursuivis et non de la personne du maître, l'autorité suprême de la classe; tend à faire des êtres autonomes, réfléchis, responsables, centrés avant tout sur les problèmes à résoudre (Dussault, p. 78).

BIBLIOGRAPHIE

FLANDERS

Amidon, E.J. et Flanders, Ned A., The Role of the Teacher in the Classroom, Association for Productive Teaching, 1971. (Traduit de l'américain par Jean Villeneuve).

De Landsheere, G., Introduction à la recherche en éducation, Paris, Armand Colin-Bourrelier, 1976, p. 244-245.

Dussault, G. et al., L'analyse de l'enseignement, Montréal, Les Presses de l'Université du Québec, 1973, chap. 2, p. 75-112.

Lemire, Viateur, Initiation à l'analyse interactionnelle, Montréal, Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Montréal, mars 1971, 241 p.

Postic, M., Observation et formation des enseignants, Paris, puf, 1977, p. 75-82.

Ziv Avner et Diem, Jean-Marie, Psychopédagogie expérimentale, Paris, E.S.F., 1975, p. 141-144.

ROBERSON

Morisette, Robert, Les habiletés d'enseignement des professeurs de la spécialité couture et habillement, Thèse de doctorat en philosophie présentée à la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Montréal.

Roberson, Dr. E. Wayne, A Manual for Coding Classroom Introduction Situations, Tucson, Educational Innovators Press, 1973;
A Manual for Utilizing the Teacher Self-Appraisal Observation System, Educational Innovators Press, (ref. inc.);
Instrument for Coding Teacher Verbal and Nonverbal Behavior, Tucson, Epic Evaluation Center, (ref. inc.).

LA PRÉPARATION DE L'ÉTUDIANTE À LA RELATION INFIRMIÈRE-CLIENT PAR LA PERCEPTION DE SOI MÉDIATISÉE PAR VIDÉO-RÉTROACTION

Margot Phaneuf, conseiller pédagogique à l'éducation des adultes, Collège Saint-Jean-sur-Richelieu.

La préparation à la relation infirmière-client par la perception médiatisée de soi, par vidéo "feed back" (rétroaction).

D'aucuns pourront se surprendre du titre même de cette conférence et se demander pourquoi et surtout comment se préparer à la relation infirmière-client? Étant donné la variété des situations dans lesquelles se déroulent ces interactions, le caractère nécessairement changeant des intervenants en présence et, plus que tout, étant donné la nature même du lien qui s'établit entre eux, ces questions demeurent fort pertinentes. Ce rapport étant effectivement généré par la réaction spontanée de deux êtres qui interagissent l'un sur l'autre dans une situation définie, est-il possible d'en saisir l'essence? De la conceptualiser de façon cohérente? Et finalement, de rendre ces concepts opérationnels, afin qu'ils soient assimilables en termes d'apprentissage? Telles étaient les questions que je me posais, il y a déjà quelques années, lorsque je commençai à enseigner au niveau collégial.

Ces interrogations étaient provoquées par ce que j'observais chez mes étudiantes. L'anxiété qu'elles démontraient en début de stage me laissait croire qu'elles se sentaient peu prêtes à vivre cette expérience. Je constatais aussi la difficulté devant laquelle elles se trouvaient pour appliquer des connaissances théoriques, qu'elles étaient d'ailleurs très loin de maîtriser, auprès de clients vivant des problèmes de situation tels que la douleur, l'inquiétude ou la peur. Et les observant de façon plus systématique, je réalisai, comme vous l'avez probablement déjà fait, qu'il s'opérait dans leurs agissements une dichotomie presque radicale entre l'aspect technique des soins et leur aspect relationnel. L'anxiété provoquée par la réalisation d'un soin, même banal, semblait

leur faire oublier que ce soin, elles l'exécutaient sur un être humain qui, lui, se sentait atteint dans son corps et dans son intégrité personnelle.

Pourtant, les soins infirmiers, tels qu'ils sont actuellement véhiculés chez nous, ne se centrent plus uniquement sur la maladie comme le faisait exclusivement le modèle médical.[1] L'objet présent des soins infirmiers est plutôt la personne humaine considérée dans ses trois composantes essentielles; c'est-à-dire, comme un être bio-psycho-social. Certaines théories vont encore plus loin et nous présentent cet être malade comme un système ouvert, en situation d'échange avec son milieu (Roger, Roper).[2]

Ces notions, nous tentons de les inculquer à nos étudiantes. Mais dans la réalité quotidienne, où sont ces préoccupations? Est-ce que cet être bio-psycho-social ne se voit pas subitement amputé de ses deux dernières dimensions au profit de la dimension biologique qui prend toute l'importance? Pourquoi la "vision holistique" des soins, si belle en principe, se rétrécit-elle de la sorte?[3]

Pourtant les auteurs qui ont souligné l'importance de considérer l'aspect psychologique des soins, c'est-à-dire l'aspect de la relation avec le client, ne manquent pas. Et les éducatrices de citer Orlando, Travelbee, Rogers et plus près de nous, Evelyne Adam, pour démontrer à leurs étudiantes que c'est la valeur de la relation qui fait la qualité d'un soin et que cette relation constitue même la condition sine qua non de son efficacité.[4-5]

---

1 Crawford, Dufault et Rudy, "Evolving Issues in Theory Development", Nursing Outlook, mai, 1979, p. 346-351.
2 Poletti, Rosette, Les soins infirmiers, théories et concepts, Paris, Centurion, 1978, p. 62-84.
3 Fuller, Sarah, "Holistic Man and The Science and Practice of Nursing", Nursing Outlook, novembre, 1970, p. 700-704.
4 Orlando, I. Jane, La relation dynamique infirmière-client, traduit par Margot Phaneuf, Montréal, H.R.W., 1979.
5 Adam, Evelyne, Être infirmière, Montréal, HRW, 1979.

Clivage entre deux fonctions .

Il est cependant indéniable que nous assistons, dans la pratique, à une dissociation entre ce que Benner et Kramer appellent la fonction instrumentale de l'infirmière, généralement liée à l'exécution et à la bonne marche du traitement (c'est-à-dire au terme "cure") et la fonction d'expression plutôt reliée aux habiletés psychologiques nécessaires à la relation (plutôt identifiée au terme "care").[6]

Ce clivage entre ces deux aspects primordiaux de la fonction de l'infirmière ne peut, en définitive, conduire qu'à une pratique stéréotypée, dénuée de chaleur humaine et incapable d'être à l'écoute des besoins du client. Il en résulte de l'insatisfaction chez ce dernier et un sentiment d'insécurité chez l'étudiante; celle-ci se trouverait même comme l'avance Stein, en conflit de rôles.[7] Se trouvant à cette étape de son évolution personnelle et professionnelle où se forme l'image de soi, elle se voit incapable de réconcilier cette image d'elle-même et celle de l'infirmière idéale qu'elle voudrait incarner. Ce "choc de la réalité" amène chez-elle, une baisse de l'estime de soi, de la confiance en ses possibilités et occasionne souvent un certain désinvestissement au plan des relations interpersonnelles avec le client.

Aussi, l'un des défis que l'enseignement des soins infirmiers doit actuellement relever est d'amener l'étudiante à intégrer, dans son comportement, ces deux composantes essentielles.

Mais la chose n'est pas facile à réaliser et le moyen dont je vais parler ici, ne constitue pas non plus une panacée. Ce n'est qu'un outil que la recherche et la pratique m'ont permis de bien roder et qui peut aider l'enseignante à établir, dans les apprentissages qu'elle propose à ses étudiantes, un plus juste équilibre entre la valeur attribuée à la

6 Benner, P., Kramer, M., "Role Conceptions and Integrative Role Behavior of Nurses in Special Care and Regular Hospital Nursing Units", Nursing Research, janvier, février, 1972, vol. 21, n° 1.

7 Stein, R.L., "The Student Nurse. A Study of Weeds, Roles and Conflicts", Nursing Research, juillet, août, 1969, p. 308-315.

fonction instrumentale et celle attribuée à la fonction d'expression de l'infirmière.

Le vidéo "feed-back" (rétroaction).

Ce moyen, c'est l'utilisation du vidéo "feed-back". Il n'est pas nouveau puisque Allen et Ryan l'ont, depuis longtemps, utilisé en pédagogie pour la formation des maîtres[8] et que depuis, on s'en sert pour diverses formes d'apprentissage.

Il consiste à enregistrer de courtes séquences de situations de soins infirmiers sur des bandes vidéo et à les visionner par la suite, en vue d'en faire une exploitation pédagogique. Ces situations peuvent être réelles ou simulées, comme c'est le cas de cette expérience. Une vision ultérieure avec le groupe permet ensuite l'auto-critique de l'étudiante impliquée. Des renforcements (positifs surtout, pour ne pas la traumatiser, mais aussi parfois négatifs lorsque la chose s'impose) permettent à l'enseignante de tirer partie d'une multitude d'éléments offerts par le contenu des enregistrements. Ainsi, cette rétroaction permet-elle de faire partager au groupe l'apprentissage fait à travers une expérience individuelle.[9]

L'utilisation que j'en ai faite s'inspire du micro-enseignement et suppose que, pour chaque enregistrement, un objectif simple et facilement observable, soit proposé à l'étudiante. Il faut donc pour cela, décomposer les processus complexes et les fragmenter dans le temps et dans leur difficulté. Cela veut dire que chaque séance d'enregistrement doit être courte (de cinq à dix minutes) et qu'elle doit ne proposer qu'une seule difficulté nouvelle à chaque fois. Le postulat qui sous-tend cette formule pédagogique est le suivant: un comportement ne peut pas se modifier par la seule compréhension théorique d'une méthode ou d'un principe; toute

8 Allen, Dwight et Ryan, Kevin, Le micro-enseignement, Paris, Dunod, 1972.
9 Smith, Holland, J., "Videotaping Clinical Experience", Nursing Outlook, mai, 1977, vol. 25, nº 5, p. 337-338.

modification exige en outre l'acquisition d'aptitudes et de gestes qui, devenant naturels, seront disponibles à l'individu au moment opportun.[10]

C'est donc dire que toute formation qui comporte, dans quelque mesure que ce soit, l'acquisition d'un savoir-faire peut recourir à une telle démarche.

Aussi, voulant aider mes étudiantes à se préparer à leurs stages cliniques, ai-je décidé d'en faire une application aux soins infirmiers et, en 1975, je présentais à mon collège, un projet de recherche à cet effet.

Les objectifs que je voulais atteindre étaient de développer chez elles, une plus grande aisance dans la pratique d'habiletés susceptibles de faciliter la relation d'aide et de les amener à une notion plus claire de leur rôle d'"aidante".

En regard de mon premier objectif, il me fallait d'abord identifier les comportements précis qui constituent des éléments "faciliteurs" de la relation. La chose me fut simplifiée par l'utilisation de certains paramètres mis de l'avant en "micro-counselling" par Ivey et Moreland[11] pour la préparation des psychothérapeutes. Joignant à cela certaines habiletés de micro-enseignement et d'autres plus spécifiques aux soins infirmiers, je pus ainsi mettre à la disposition de mes étudiantes, un éventail de définitions de comportement d'une relation. La pratique de ces comportements leur apprenait en somme à mieux s'employer, à exploiter leur potentiel pour entrer en contact avec le client.

Il est à remarquer que cette démarche était précédée d'un bagage théorique important touchant la communication, la relation d'aide, les besoins humains etc. Il fallait donc organiser le tout dans un ensemble cohérent. Les notions théoriques me permettaient d'arriver au pourquoi et la technique du vidéo "feed-back" m'aidait à démontrer le comment.

---

10 Phaneuf, Margot, "Adaptation du micro-enseignement à la relation d'aide", Document de travail, Collège Saint-Jean-sur-Richelieu, 1975.

11 Ivey, Allen et Moreland, Micro-counselling, Springfield, Charles C. Thomas, 1974.

La simulation, laboratoires et stages .

Parce qu'il était alors impensable de procéder en milieu clinique réel, il fallut recourir à la simulation.[12] Ce moyen déjà utilisé en éducation depuis un certain temps me semblait cependant au début, bien artificiel. Et je m'interrogeais sur le sérieux d'une telle entreprise.

Il n'existait pas de modèle pour m'inspirer et il m'arrivait, à ce moment précis, surtout en ce qui touche les relations humaines, de confondre laboratoire et champ clinique et d'utiliser l'un et l'autre aux mêmes fins.[13]

De manière à graduer et à articuler de façon cohérente les situations d'apprentissage que je proposais à mes étudiantes, il me fallait donc départager de façon claire, les objectifs que je réservais à chacune d'elles.

Le laboratoire de "micro-counselling" devenait ainsi le lieu privilégié des essais et des erreurs; là, l'étudiante pouvait se tromper, évoluer à son rythme et en arriver à une certaine maîtrise. C'est alors que la simulation m'apparut comme une solution sans stress et sans risque, où l'expérience se centre sur les besoins de l'étudiante de se connaître, d'être sécurisée et d'apprendre à mieux utiliser ses ressources personnelles.

Il n'en est pas de même en champ clinique où l'expérience doit tenir compte des besoins du client et où l'éthique nous oblige à tenir compte de ses droits.[14]

La situation simulée ne peut évidemment en aucun cas remplacer la situation réelle, mais compte tenu du peu de temps dont l'étudiante dispose en stage, si elle y arrive bien préparée, elle sera plus apte à

---

12 Lincoln, Hayton et Holdman, "Using Simulated Patients to Teach Assessment", Nursing Outlook, mai, 1979.

13 Corcoran, S., "Should a Service Setling be used as a learning Laboratory?", Nursing Outlook, décembre, 1977, p. 777-786.

14 Ibid.

profiter des expériences qui lui seront proposées.

ORGANISATION MATÉRIELLE

Pour mettre ces simulations sur pied, je divisais mes étudiantes en dyades, où l'une jouait le rôle de l'"aidante" et l'autre celui de l'"aidée".

Le jeu de rôle subséquent leur permettait ensuite d'inverser les rôles.

Sur le plan pratique, l'obligation de me passer d'un technicien m'amena aussi à confier aux étudiantes, les rôles de cameraman, de perchiste, de responsable du V.T.R. Le maniement facile de ces appareils les intéressait et les rendait plus actives. Démontrer l'utilité du rôle de l'"aidante" peut sembler facile, mais que penser de celui de l'"aidée"? De l'aveu des participantes, ce dernier rôle comporte aussi des aspects intéressants. Il amène l'étudiante à réfléchir de façon consciente, à ce que peut éprouver le client et à ses difficultés à le communiquer.[15]

Ces simulations doivent cependant être spontanées et ne constituent jamais des rôles appris par coeur. La préparation porte sur les habiletés et non pas sur les contenus.

Visionner, temps fort de cette formule d'apprentissage, apporte aux étudiantes une rétroaction immédiate. Elle se centre surtout sur l'atuo-évaluation des habiletés choisies et sur les suggestions du groupe. Pour en faciliter l'analyse, je remets aux étudiantes une liste de pointage qui leur sert de grille.

Habiletés et attitudes

Les habiletés à proposer pour une telle expérience, sont nombreuses

---

15 Smith, Holland, J., op. cit.

et de natures diverses. Les unes sont purement techniques, par exemple, les questions; les autres sont plutôt liées à l'attitude (définie comme étant une manière d'être, une prédisposition à penser, à sentir et à agir d'une certaine façon). On peut ici donner l'exemple de l'écoute empathique. Ces éléments ont entre eux, une interaction dynamique. Afin de posséder une certaine permanence, les techniques doivent s'enraciner dans des attitudes profondes et bien intégrées.

Par ailleurs, les techniques deviennent en contrepartie, des véhicules d'expression. Par exemple, une simple question pertinente et bien formulée peut traduire l'intérêt et la chaleur de celui qui la pose, pour son interlocuteur.

La communication, axe de développement de la relation .

Le vidéo "feed-back" peut s'utiliser de bien des façons. Pour moi, puisque je visais surtout la relation, j'ai tenté d'organiser son application dans un cadre cohérent, aussi général que possible, couvrant un grand nombre de situations relationnelles.

Aussi, ai-je groupé les habiletés dont j'ai déjà parlé autour de trois (3) concepts principaux:

la communication fonctionnelle;

la communication pédagogique;

la communication thérapeutique ou relation d'aide.

Chacun de ces concepts peut recouvrir un grand nombre de situations. Chacun représente en réalité un niveau d'intervention et surtout un niveau d'implication personnelle particulier.

Ils reposent cependant tous les trois sur les principes du modèle

cybernétique et ils sont soumis, à la base, aux mêmes mécanismes de facilité ou de freinage, soit:

l'importance de la rétroaction;

les difficultés liées au message;

les stéréotypes et les généralisations;

la tendance à évaluer;

les comportements d'ouverture ou de fermeture à l'autre;

le brouillage occasionné par les différences de valeurs entre les locuteurs: âge, éducation, culture, statut social etc.

Ces trois paliers d'intervention sont aussi tous les trois, dans des proportions variables, soumis aux grands principes de la relation tels que définis par Rogers et d'autres. Je choisis ici ceux avancés par Gazda, c'est-à-dire:

le respect de l'autre;

la chaleur de la réponse;

l'authenticité;

l'empathie;

la réponse concrète;

la révélation de soi.

Cet auteur nous fournit aussi une échelle pratique d'évaluation en quatre points qui permet d'apprécier le degré d'implication pour chacune de ces dimensions.[16]

Cette division permettait aussi une organisation matérielle plus facilement réalisable.

La communication fonctionnelle .

Toutes les interactions ne sont pas des relations d'aide. Il existe, en rapport avec le travail de l'infirmière, bon nombre d'échanges factuels qui entourent les événements de la vie courante. Ce sont eux qui assurent la communication nécessaire pour une collecte de données (anamnèse infirmière), pour la satisfaction des besoins élémentaires du client, pour l'exécution des soins, pour les conversations de convenance. On pourrait presque dire que cette forme de communication est reliée à la fonction instrumentale de l'infirmière.

Il n'en demeure pas moins que c'est celle qui est la plus courante et à cet égard, il importe de faire réaliser à l'étudiante, la nécessité de sa clarté et de sa précision. On peut cependant souligner que, malgré sa fonction utilitaire, cette forme de communication ne doit pas être dénuée de chaleur et de compréhension.

L'échelle de Gazda peut nous aider à réaliser le niveau d'implication personnelle que suppose ce type de communication.

Pour le respect, l'"aidant" manifesterait un niveau (2), c'est-à-dire que sa réponse exprimerait la neutralité sans laisser prévoir l'ouverture d'une considération plus grande.

Pour la chaleur de la réponse, un niveau (2), c'est-à-dire que les expressions et les gestes sont neutres et souvent automatiques. Un niveau

16 Gazda, Georges, M., Human Relations Development, Boston, Allyn and Bacon, 1973.

(3), démontrerait plus d'intérêt et serait évidemment souhaitable.

Pour l'authenticité, un niveau (2), où l'"aidant" contrôle l'expression de ses sentiments. Il est conséquent avec son rôle mais pas nécessairement avec ses sentiments.

Pour la concrétisation des verbalisations, un niveau (4), c'est-à-dire que l'"aidant" s'exprime de façon spécifique et claire et demande la même chose à l'"aidée".

Pour la révélation de soi, un niveau (1), c'est-à-dire que l'"aidant" demeure détaché et ne révèle rien de lui-même.[17]

Cette forme de communication est une première étape et on peut en proposer l'apprentissage aux débutantes.

Parmi les habiletés à faire pratiquer à cette fin, se trouvent les comportements suivants:

appeler le client par son nom;

garder le contact visuel;

adopter une posture d'écoute: distance, position du corps, expressions du visage, etc.[18];

développer une mémoire sélective.

Ces quatre premières habiletés sont en réalité, préalables à toute communication. Viennent ensuite les véritables habiletés:

17 Gazda, Georges, M., op. cit.
18 Mansfield, Elaine, "Empathy: Concept and Identified Psychiatric Nursing Behavior", Nursing Research, novembre, décembre, 1973, vol. 22, nº 6.

poser des questions d'éclaircissement;

"valider" ses perceptions (à la façon dont l'entend Orlando).[19]

Au cours des séquences d'enregistrement, l'étudiante devra faire apparaître au choix, l'un ou l'autre de ces deux comportements. Ceux qui sont ici précités comme étant préalables, devraient tous se manifester. De toute manière lorsque plusieurs séquences peuvent être prévues, ces habiletés devraient être cumulatives.

L'étudiante qui, en laboratoire, dans des situations simulées, aura réussi à atteindre ces objectifs pourra ensuite en faire le transfert à une situation réelle.

Les questionnaires de recherche ont d'ailleurs démontré, pour les questions explorant le transfert des habiletés, un indice de satisfaction élevé, soit 6,1 sur une échelle de sept points ou 87,1%.

Avant de passer à un autre concept, les étudiantes devraient maîtriser le premier; cela leur donne confiance, augmente leur estime d'elle-même et accroît leurs chances de réussite pour la seconde expérience.[20]

La communication pédagogique

La communication pédagogique est d'une nature un peu différente. Elle peut néanmoins posséder, dans certains cas, quelques caractères de la communication fonctionnelle. Mais, dans d'autres cas, elle rejoint plutôt l'intensité d'une relation d'aide. Étant donné que le contexte dans lequel elle se situe est différent, surtout lorsqu'il s'agit d'un enseignement un peu plus formel, des habiletés particulières ont été identifiées.

19 Orlando, I. Jane, op.cit.
20 Huckabay and Arnt, "Effect of Acquisition of knowledge on Self-Evaluation and the Relationship of Self-Evaluation to Perception of Real and Ideal Self-Concept", Nursing Research, juillet, août, 1976, p. 244-251.

Certaines seront peut-être un peu surprises de voir cette fonction d'éducatrice intégrée à la fonction régulière de l'infirmière. Il faut cependant se rappeler le rôle de travailleuse de première ligne qu'elle assume auprès de la clientèle qu'elle se doit de renseigner et d'amener à se prendre en main.

Notre Code de déontologie nous fait d'ailleurs une obligation à cet effet. À l'article 2.03, il y est stipulé: "Que le professionnel en soins infirmiers doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans son domaine".[21]

Si l'on ajoute à cela les tendances actuelles des soins infirmiers et l'accent présent sur la prévention, on peut en déduire que l'infirmière sera de plus en plus appelée à jouer le rôle d'enseignante.

Les principes sur lesquels viendront ici s'appuyer les habiletés à présenter à l'étudiante, touchent à la fois la communication et la pédagogie.

Il serait évidemment prétentieux de croire qu'à l'intérieur d'une expérience aussi limitée, l'on puisse aller très loin dans ce dernier domaine. Mon objectif n'est certes pas de préparer des pédagogues, mais de façon beaucoup plus modeste, d'amener les étudiantes à réaliser l'importance de leur rôle comme éducatrice, de leur apprendre à utiliser leurs aptitudes personnelles dans ce sens et à se voir de façon objective dans une telle situation.

Parmi les éléments fondamentaux nécessaires à la préparation de leur expérience, elles doivent d'abord apprendre à tenir compte des caractéristiques du client, de manière à y adapter leur enseignement (âge, race, culture, religion, Q.I., appartenance socio-économique, limites physiques, stade d'adaptation à son état et motivation à apprendre). [22]

---

21 Code de déontologie, Extrait de la Gazette officielle, reproduit par l'O.I.I.Q., 1975.

22 Redman, B., The Process of Patient Teaching in Nursing, Saint-Louis, Mosky, 1972.

S'il s'agit d'un enseignement un peu plus formel, elles doivent aussi:

rédiger des objectifs;

déterminer le contenu;

répartir l'enseignement en séquences.

Ces notions leur sont fournies dans un document d'accompagnement.[23] Les habiletés qui leur sont ici demandées consistent à:

faire un préambule qui suscite l'intérêt du client, le motive ou le rassure dans certains cas;[24]

procéder à l'exposé de principes simples comme, par exemple, d'expliquer les raisons pour lesquelles un client atteint de troubles respiratoires devrait arrêter de fumer ou, encore, donner quelques explications sur l'insuline, ses effets et ce que le client devrait surveiller;

procéder à une démonstration. Par exemple, montrer au client comment prendre soin de sa cholostomie;

poser des questions d'investigation pour vérifier si le client a bien compris;[25]

si l'on demande au client de répéter une explication ou d'exécuter une manipulation, l'encourager par des renforcements;

au besoin, clore l'activité par un résumé récapitulatif.[26]

23 Phaneuf, Margot, Application du micro-enseignement à l'éducation de la clientèle, Collège Saint-Jean-sur-Richelieu, 1977.
24 Allen, Dwight et Ryan, Kevin, op. cit.
25 Ibid.
26 Ibid.

Certaines des habiletés dont il est ici question sont composites et comportent des aspects pédagogiques et organisationnels.

Cependant, placée dans une situation simple d'enseignement, l'étudiante de deuxième année peut facilement atteindre ces objectifs. Elle peut, par exemple, enseigner à une cliente comment préparer ses seins pour l'allaitement, comment tenir son bébé pour la tétée ou encore démontrer à une maman comment instiller des gouttes dans l'oeil de son enfant.

Ces expériences d'enseignement répétées plus tard en troisième année, pourront prendre un caractère plus complexe et, dans certains cas, plus formel comme, par exemple, un enseignement de groupe des exercices postopératoires à des clients devant être opérés.

Une chose essentielle distingue cette expérience des autres: celle-ci ne repose pas sur la réponse spontanée de l'étudiante; elle doit être préparée à l'avance. Le professeur peut établir un éventail de situations qu'il offre au choix à l'étudiante et celle-ci, dans un premier temps doit, en fonction du type de client qui y figure, tenir compte des facteurs qui risquent d'influencer son enseignement (par exemple, le rythme ralenti d'une personne âgée, les difficultés de compréhension d'une personne d'une autre langue, les préjugés ou les habitudes de vie d'un client appartenant à une classe socio-économique défavorisée).

Dans un deuxième temps, elle doit planifier le contenu qu'elle veut faire passer.

Visionner de telles situations est très enrichissant pour le groupe. Il est évident qu'ici, les objectifs sont surtout axés vers le processus plutôt que vers le contenu. Il demeure cependant que le professeur ne peut laisser fixer des données erronées et que, dans un tel cas, on doit les relever pour faire une mise au point. Ceci nous amène alors à vérifier et à préciser des choses multiples et variées. Des étudiantes nous

ont avoué avoir appris plus en visionnant ces situations qu'au cours de certains stages où il arrive malheureusement que les expériences soient plutôt pauvres.

Les commentaires recueillis par les questionnaires de recherche ont démontré chez les participantes (n30):

une augmentation significative de la confiance en elle-même (une moyenne de 2,5 sur une échelle en quatre points);

une acquisition de connaissances touchant les contenus (2,1);

les questions ouvertes faisaient aussi, à 26%, référence à une meilleure perception de leur rôle d'infirmière et à 37%, à une meilleure connaissance d'elle-même.

Aussi m'apparaissait-il que cette démarche, même à l'exclusion de son rôle utilitaire, présentait un intérêt certain dans la formation d'une étudiante infirmière.

La relation thérapeutique .

La troisième partie de cette expérience touche la relation thérapeutique ou relation d'aide. Elle exige de l'étudiante, une plus grande maturité et une connaissance de soi plus profonde que les deux étapes précédentes. Aussi ces deux étapes aident-elles l'étudiante à atteindre les objectifs de la troisième.

Ce n'est pas au hasard que j'appelle la relation d'aide, une communication thérapeutique. C'est que dans les faits, cette communication devient un soin. Pour apprendre à l'exécuter, le "soignant" doit d'abord modifier son comportement et pour l'appliquer, les moyens dont il dispose sont les divers aspects de sa personnalité. En somme, la démarche qu'il doit faire est d'apprendre à s'employer.[27]

[27] Mansfield, Elaine, op. cit.

On pourra faire valoir que la chose n'est pas nouvelle et que, bien avant que l'on ne définisse les conditions de la relation d'aide, les infirmières s'intéressaient à la dimension psychologique des soins. Cependant, de nombreuses recherches faites un peu partout dans ce domaine ont donné des résultats peu encourageants.

On a pu, par exemple, démontrer que seulement 30% des interventions des infirmières étaient centrées sur le client[28] et que les performances de celles-ci en ce qui concerne les relations interpersonnelles sont très basses.[29] Skipper a pour sa part énoncé, preuve à l'appui, que la doléance universelle des clients hospitalisés dans notre société occidentale est l'insuffisance de communication.[30]

On pourrait évidemment trouver diverses raisons à cette déficience. Mais est-ce que l'explication la plus simple n'est pas qu'à la base, au cours de son apprentissage, l'étudiante ne reçoit pas une orientation suffisamment significative dans ce sens? Les moyens mis à sa disposition pour réaliser cet apprentissage sont insuffisants et la théorie, trop souvent mal articulée avec les applications pratiques[31], ne permet pas à l'étudiante d'arriver à le faire passer au concret.

C'est cependant ce que le vidéo "feed-back" lui permet de faire. Il l'oblige à amorcer une réflexion sur ces concepts abstraits et, en quelque sorte, à se mesurer avec eux afin de trouver le moyen de s'employer, de susciter en elle et d'extérioriser l'état affectif qui forme le tissu d'une relation infirmière-client. Il n'existe malheureusement pas de procédé miracle pour faire germer ces qualités. Mais ce que l'on peut cependant enseigner à l'étudiante, ce sont des moyens externes qui serviront de supports et de véhicules pour exprimer ces réalités fluides. Ces moyens sont

---

28 Peitchinis, J.A., "Therapeutic effectiveness of Counselling by Nursing Personnel", Nursing Research, mars, avril, 1972, vol. 21, no 2, p. 138-148.

29 Clark Huff, R.R., Helping and Human Relations, N.Y., Holt Rinehart and Winston, vol. I, 1969.

30 Skipper, J.K., Communication and the Hospitalized Patient, Philadelphie, Lippincott, 1965, p. 61-62.

31 Farrell, Haley and Magnasco, "Teaching Interpersonal Skills", Nursing Outlook, mai, 1977, vol. 25, n° 5.

importants, mais il ne faut pas se laisser arrêter par eux, car les techniques ou ce que l'on nomme les habiletés ne sont pas la relation.

Ce que le vidéo peut apporter, c'est d'abord une rétroaction sur ce que réalise l'étudiante. Il nous révèle si le comportement ou habileté a été manifesté et nous permet de juger de son adéquation et de sa qualité.

Il peut cependant aller beaucoup plus loin et nous permettre de suivre l'apparition et l'évolution d'attitudes plus fondamentales.

Prenons par exemple l'empathie. Il est difficile de demander à une étudiante d'exprimer cette manière d'être, de façon globale. Car la personne qui ne l'a jamais vécue ne peut l'appréhender qu'intuitivement. Cela devient cependant beaucoup plus simple si l'on réussit à fragmenter sa réalisation en divers comportements.

Nous référant à Gendlin qui en a disséqué les composantes, il est plus facile de voir comment on peut y parvenir et comment, dans ce processus, interviennent les habiletés pratiques.

Pour l'empathie, cet auteur propose les étapes suivantes:

1. Est-ce que l'infirmière reçoit les sentiments de l'"aidé"? Si oui, comment le manifeste-t-elle?
Si non, cherche-t-elle à les connaître? Comment s'y prend-elle?

2. Est-ce qu'elle l'aide à les conceptualiser? De quelle manière?

3. Est-ce qu'elle peut les lui décrire, les synthétiser, les lui refléter comme si elle les ressentait?

On voit alors comment cette compréhension profonde peut être liée à des comportements simples et observables comme la question ou la réponse reflet. Et on comprend aussi que ces comportements ou habiletés peuvent

faire l'objet d'un apprentissage. Leur maîtrise constitue un outil pour l'établissement d'une forme de relation qui est très exigeante. Car la relation thérapeutique ou relation d'aide est une expérience de pointe et pour toutes ses dimensions elle devra atteindre le niveau supérieur, c'est-à-dire (4) à l'échelle de Gazda. En voici quelques exemples:

Empathie: 4. La réponse de l'"aidant" dépasse les évidences superficielles et démontre sa compréhension des sentiments de l'"aidé".

Respect: 4. Par la réponse de l'"aidant", l'"aidé" se perçoit comme un individu qui a une valeur personnelle et qui est capable de penser et de s'exprimer.

Expression chaleureuse: 4. L'"aidant" porte une attention intense à l'interaction; en retour, l'"aidé" se sent accepté.

Comme pour les expériences précédentes, l'étudiante procède, pour ce dernier concept, à partir de jeux de rôles où elle doit manifester les habiletés suivantes:

a) l'aisance à poser des questions divergentes de type:

Descriptif. Exemple, décrivez-moi ce professeur qui vous glace? Comment avez-vous réagi à ce moment?

Évaluatif. Exemple, que pensez-vous de votre père? Comment jugez-vous les agissements de votre mari?

Narratif. Exemple, racontez-moi ce qui s'est passé?

b) La réponse reflet: la réitération;
le reflet des sentiments;
l'élucidation.

c) La pénétration du comportement non verbal.

d) L'attitude à développer devant: le silence;
les larmes;
l'hostilité.

e) La confrontation.

Philosophie et comportement.

D'aucuns pourront peut-être objecter que ces comportements observables que je veux voir apparaître chez l'étudiante au cours des séquences d'enregistrement, sont issus d'une philosophie visant uniquement l'efficacité telle que le préconise le behaviorisme.

Il est vrai que cet outil a été développé dans cet esprit par ses auteurs. Pourtant, je crois me situer personnellement dans un courant éducatif humaniste, centré sur l'"apprenant". Je ne vois néanmoins pas d'inconvénient majeur à utiliser une technique qui, toute behavioriste qu'elle soit, me permet de mieux répondre aux besoins personnels de mes étudiantes. Comme l'écrit Suzanne Carter: "Certaines d'entre nous tout en se disant humanistes peuvent décider de recourir à des méthodes comportementales. Ce qui importe c'est d'en réaliser les limites pour les dépasser"[32] et déboucher sur quelque chose de plus profond. Car pour moi ce qui compte, c'est non seulement d'arriver par des procédés toujours plus adaptés à toucher le savoir-faire, mais bien de parvenir en dernier lieu à présenter à l'étudiante le défi d'un savoir être.

Cela implique qu'il faut nous méfier de l'empirisme dans lequel nous tombons parfois et qui nous pousse à réunir des concepts sans les faire reposer sur un cadre théorique cohérent.

Aussi serait-il nécessaire de pousser la recherche sur le vidéo

32 Carter, S., The Nurse Educator Humanist or Behaviorist? Nursing Outlook, septembre, 1978, p. 554-557.

"feed-back" encore plus loin, pour le fonder sur des principes plus solides et, secondairement, pour mieux tirer partie de son utilisation.

Une question qui nous ouvre une piste intéressante à ce sujet est de nous demander comment le vidéo "feed-back" produit-il son effet pédagogique? À mon humble point de vue, il est surtout le lieu privilégié de la perception de soi; d'une perception médiatisée qui nous permet de nous voir et de nous entendre de façon objective comme il ne nous est pas possible de le faire ordinairement. L'organisation perceptuelle de l'homme fait que, par un procédé de synthèse de ses sensations, il peut se représenter intuitivement son corps. C'est la perception du schéma corporel et du schéma postural.[33]

L'intériorisation de ces concepts donne naissance à l'image de soi. Image qui a souvent subi toutes sortes de distorsions. Pourtant, comme le fait remarquer Felden Kraïs: "Nous agissons d'après l'image que nous nous faisons de nous-même"[34] et, à ceci, Fabry ajoute que cette image réagit sur nos comportements et qu'elle peut être rectifiée par une prise de conscience toujours plus éclairée et nous aider ainsi, à augmenter notre efficacité[35].

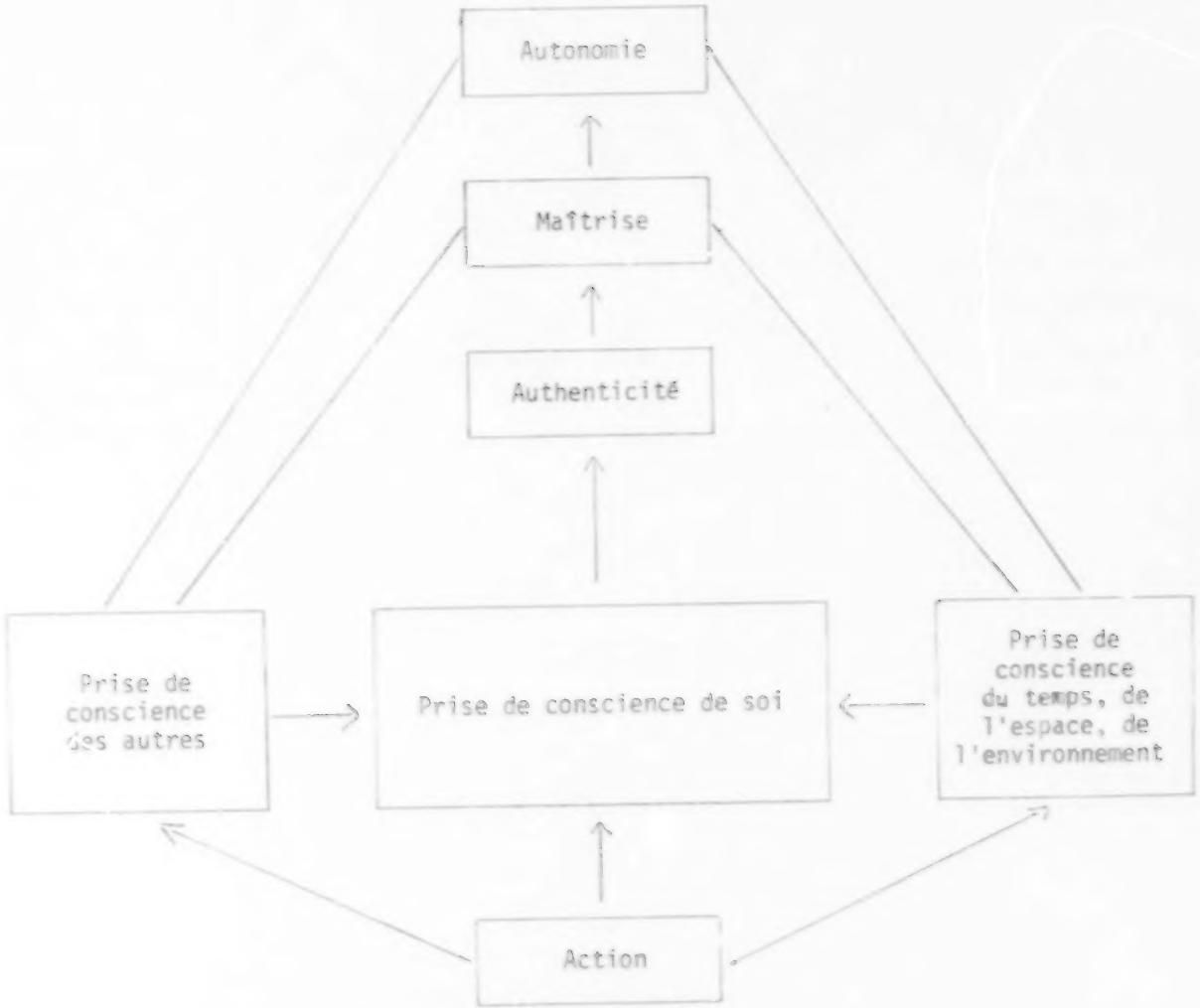
L'enregistrement vidéoscopique saisit sur le vif notre moi agissant. Il nous renvoie une image objective de nous-même et nous révèle des choses inconnues. En d'autres termes, il nous permet de nous découvrir et de nous explorer.

Les répercussions de cette prise de conscience sont très profondes et demeurent mal définies. Une chose cependant ne fait pas de doute, c'est que l'individu qui se perçoit plus clairement a plus de chances d'agir sur lui-même pour se modifier. Ceci augmente son sentiment de se maîtriser et accroît de ce fait, sa confiance en lui-même et son autonomie (voir schéma p.171

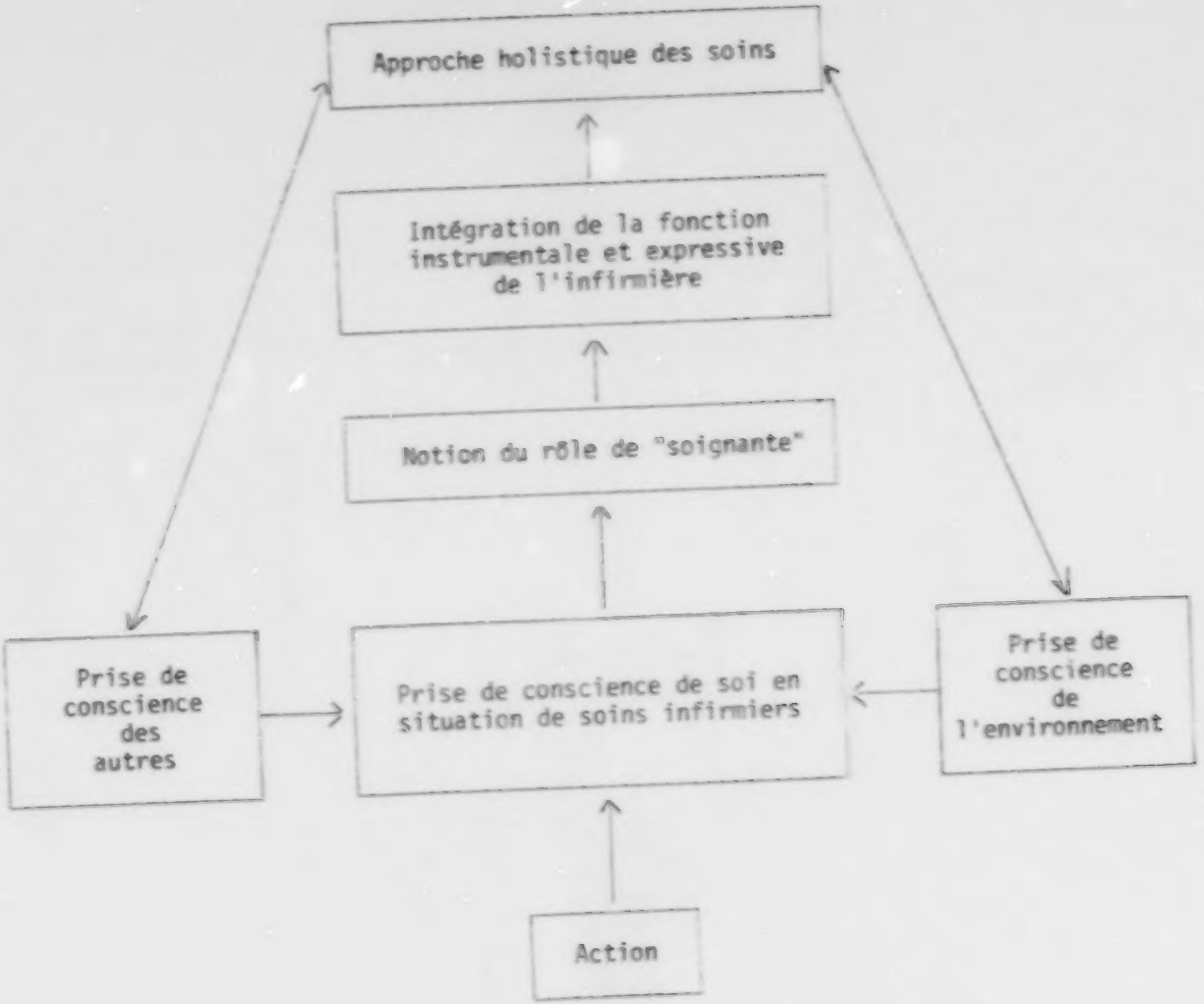
33 Felden Kraïs, Moshe, La conscience du corps, Paris, Laffont, 1964.
34 Ibid.
35 Fabry, Jean, Introduction à la psychopédagogie de l'expression, Tome I, Bruxelles, Vathan, 1977, p. 67-89, 135-200.

Ce schéma conceptuel développé par Fabry me semble des plus intéressant et je me permets d'ajouter ici en corollaire, une hypothèse que j'espère pouvoir vérifier: la perception de soi en situation (médiatisée par le vidéo "feed-back") permet au sujet d'acquérir une notion plus claire de son rôle.

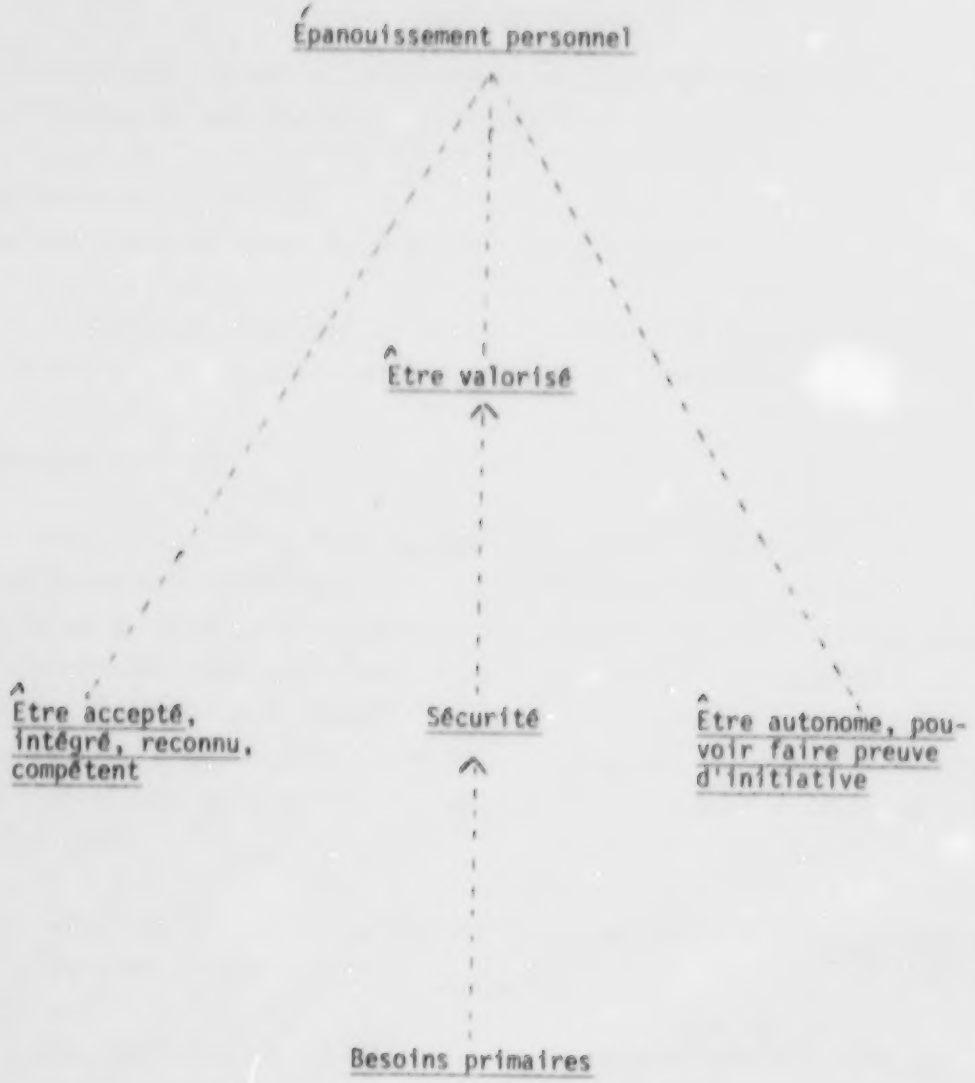
Cette perception conduit à une meilleure intégration de la fonction instrumentale et de la fonction d'expression de l'infirmière et lui permet d'arriver à une approche "holistique" des soins (voir schéma p. 172).



adapté du schéma de Fabry


Approche holistique des soins
Intégration de la fonction instrumentale et expressive de l'infirmière
Notion du rôle de "soignante"
Prise de conscience des autres
Prise de conscience de soi en situation de soins infirmiers
Prise de conscience de l'environnement
Action

Hypothèse



TRIANGLE DES SATISFACTIONS ANTI-ANXIOGÈNES

LE CHOIX D'UNE EXPÉRIENCE CLINIQUE INTÉGRÉE À UNE FORMATION THÉORIQUE

Denise Dionne, conseiller en programme de soins infirmiers, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Un projet ou la réalité?
Facteur d'apprentissage ou norme de type normatif?

À chacun d'y chercher la réponse de telle sorte que la "réalité clinique" soit compatible avec la "réalité de l'apprentissage".

Des constatations.

Chacun de nous (à titre de professeur ou de "facilitateur" a eu l'occasion de réfléchir sur la "valeur d'apprentissage" à donner à l'expérience clinique qu'elle vit avec les "apprenants". De cette réflexion, il ressort de façon plus aiguë, depuis les modifications profondes du système d'éducation au Québec, le hiatus entre milieu d'apprentissage - milieu clinique. Les besoins et les attentes, les objectifs poursuivis de l'un et de l'autre milieu ne font pas toujours objet à consensus. Et malgré tout:

Le travailler "avec" et non pas "pour" quelqu'un s'applique dans les deux cas.

Des dimensions de la conception du service se recoupent tout au moins au niveau de l'importance dans "la relation mutuelle et évolutive".

Des moyens ou outils de travail sont similaires pour ne nommer que les plans de soins.

L'hiatus, s'il est constaté, situe souvent les difficultés au niveau des limites ou contraintes:

Limites et contraintes issues de pression ou de tension du milieu.

La durée de l'expérience limite l'intensité du sens à donner à l'expérience (faille aux critères de continuité et de progression), l'intégration des objectifs spécifiques (particuliers) aux objectifs généraux (terminaux).

La non congruence (partiellement ou totalement) de l'expérience avec les objectifs déterminés:

v.g. le programme en fonction des comportements désirés et les stages en fonction d'une pathologie à traiter et non "l'expérience d'une menace que vit l'homme à un moment de son continuum vie-mort".

la démarche de soins infirmiers: "outil d'apprentissage" et non pas "outil de soins".

Au programme on ne voit pas de place pour le concept "agent de changement".

Une connaissance intégrée du curriculum impropre: à l'élaborer;
à l'appliquer.

La triade professeur - étudiant
bénéficiaire

des besoins à concilier;

des agents qui ont des capacités d'autonomie et de participation, utilisés à des fins différentes:

prise en charge de sa santé;

professionnel autonome.

Conception imprécise de ce que signifie "apprendre" et l'importance à donner ou "faire": faire
faire bien
et des objectifs progressifs dans une expérience trop englobante plutôt que progressive dans le niveau de difficulté.

l'importance donner ou "faire" v.g. la technique plutôt qu'au "comment faire" v.g. utilisation de la démarche de solution de problèmes dans des situations qui donnent beaucoup de raison d'agir à l'infirmière;

des cliniciennes qui ne sont pas employées: v.g. expérience d'autonomie et de participation "rôle model";

le mi-temps collège - mi-temps milieu clinique à explorer;

la surcharge d'étudiante pour une unité et des unités inutilisées ou sous-utilisées;

les réalités cliniques à écrire et à décrire à des fins d'enseignement (approche conceptuelle);

le professeur et le "soignant": sur des voies parallèles;

une étape à franchir: cherche les convergences "le bien-être de la personne", "l'autonomie - la participation" des objectifs à la mesure de l'un et de l'autre;

l'utilisation du comité cegep-hôpital à repenser.

Une correction possible .

1. S'attarder à l'élément intégrateur qu'est le "PROGRAMME BASÉ SUR LA COMPÉTENCE", en terme de compétence désirée - souhaitée et touchant donc les connaissances, les habiletés, les attitudes, les valeurs, le jugement

requis pour exercer le rôle, par des activités concordantes avec les objectifs. Cerner les "réalités cliniques" du service et transférer à ces réalités la méthode de solution de problèmes (élément référentiel).

Vers une expérience clinique intégrée.

Expérience significative. L'expérience doit être essentiellement significative, c'est-à-dire orientée vers un but, vers un objectif précis; un objectif qui peut être réalisé: des choix d'activités alliés à des valeurs de base partagées.

Chercher un but compatible avec les deux populations cibles, soit: l'"apprenant" et le bénéficiaire (exemple: respecter les capacités d'autonomie et de participation) et un moyen: méthode de solution de problèmes avec un "faciliteur" compétent sur le plan pédagogique (connaissance intégrée du programme) et sur le plan clinique (maîtrise du domaine à enseigner).

Conception du programme total. L'élaboration du programme total en plus des éléments constitutifs de tout programme, doit tenir compte à la fois de niveaux progressifs (selon le continuum du programme d'atteinte des objectifs soit: connaissance, compréhension, application, analyse, synthèse, activités, évaluation; selon les domaines de taxonomie: cognitif, affectif, psycho-moteur) et aussi de niveaux d'exécutions cliniques à partir de l'identification des "composantes critiques" en terme de comportement minimum à atteindre; ces comportements reflètent les niveaux de compétence.

La compétence est définie au programme d'inspection professionnelle de l'O.I.I.Q. en terme de: ...qualité d'une infirmière ou d'un infirmier qui exerce sa profession selon les normes d'exercice, c'est-à-dire qui possède les connaissances scientifiques et professionnelles, le jugement et les habiletés nécessaires; qui s'acquitte adéquatement des tâches inhérentes à ses fonctions d'infirmière ou d'infirmier dans un rôle donné.

Alors que, The Competency programs énoncé par Ralph Tyler en 1975 dont l'objectif est d'aider l'étudiant à utiliser ce qu'il a appris et à analyser dans quelle mesure il l'a réalisé peut être saisi en ces termes: *"A competency-based programs: ...is designed explicitly to give students the learning experience that will equip them with the knowledge, skill and attitudes specified as outcomes by the program designer".*

Il faut expliciter la notion de compétence avec celle des normes et critères qui la rendent plus évaluable.

Norme de compétence: énoncé de ce qui doit être; appliquée à la compétence professionnelle, la norme se rapporte aux connaissances, aux attitudes, aux habiletés et à la capacité de les appliquer dans l'accomplissement d'une activité donnée. Enoncé descriptif, explicatif, précisant les attentes de la profession d'infirmière ou d'infirmier dans toutes ses dimensions.

Critère de compétence: un fait observable qui permet de juger l'atteinte de la norme de compétence.

Choix d'expérience: Les "composantes critiques" ou domaines d'action de l'expérience clinique guident le choix des niveaux d'apprentissage en terme de compétence à acquérir et de niveaux d'activités pour réaliser l'apprentissage (à adapter à chaque "apprenant"). La réalité clinique doit être bien connue afin de s'assurer d'un continuum dans l'apprentissage, tout au long du programme.

2. S'attarder à l'élément référentiel qu'est la méthode de solution de problèmes: "Le vécu de la MÉTHODE DE SOLUTION DE PROBLÈMES" à l'occasion de:

la pré-conférence, dont un des buts consiste à analyser l'expérience pour faciliter et pour augmenter l'apprentissage;

la post-conférence où l'"apprenant" s'exprime, explique et défend ses choix, s'auto-critique, explore son rôle, ses responsabilités et ses

limites. Un élément de référence important: la méthode de solution de problèmes. Peu de place aux réponses toutes faites, hâtives, d'opinion. On analyse, on clarifie pensées et sentiments; on renforce un processus d'apprentissage sur une situation vécue.

Un guide d'expérience clinique s'intégrant au programme où se retrouvent explicités les éléments fondamentaux qui sont:

composante critique: v.g. expérience ou fonction de l'immobilité du bénéficiaire. Objectif ou sous-objectif progressif; multidimensionnel;

activités pour les atteindre (pré-conférence, situation, post-conférence);

évaluation.

C.F. Modèles préparés par: Jack R. Netcher dans A Management model for competency - based HPER programs. Ruth Colavecchio, Barbara Resher and Cynthia Scalzi, "A clinical Ladder for Nursing Practice", Journal of Nursing administration, vol. 4, n^{o} 5, septembre, octobre, 1974, p. 54-58.

C.F. Modèle annexé.

En bref, d'une part une bonne compréhension de l'apprentissage, de ses principes, de ses domaines et de ses niveaux d'objectifs; d'un programme conçu en fonction de "compétence" et d'autre part, une approche conceptuelle qui reflète la réalité clinique organisée au sein de modules où sont explicités des niveaux et des domaines d'objectifs et les activités pour les atteindre quel que soit le milieu, constituent une avenue possible pour l'intégration de la théorie et de la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Bailey, June T., McDonald, Frederick J., Harms Maryt, "A New Approach to curriculum Development". Nursing Outlook, juillet, 1966, p. 33-35.

Berni et Fordyce, Behavior Modification and the Nursing Process, Saint-Louis, Mosby, 1973.

Burns, R.W., Douze leçons sur les objectifs pédagogiques, traduit et adapté de l'américain par Jean-Guy Marcoux et coll., Montréal, C.A.D.R.E., 2e trimestre, 1975.

Daigneault, Armand, Retour sur l'apprentissage par objectifs, Montréal, A.I.E.S., septembre, 1975.

DeLandsheere, Gilbert et coll., La formation des enseignants demain.

Fortier, Éliane, Observation de l'apprentissage en situation de stage, Québec, Service de pédagogie universitaire, Université Laval, septembre, 1977;
Planification de l'enseignement Guide d'apprentissage, Québec, Presse de l'Université Laval, 1978.

Gearch, Barbara, "The problem salving technique: is it relisant to practice?", The Canadian Nurse, janvier, 1974, p. 21-22.

Hall, Gene E., Jones, L. Howard, Competency-Based Education: A process for the improvment of Education, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1976.

Harms, Mary T., McDonald Frederick J., "A new curriculum Design", Nursing Outlook, septembre, 1966, p. 50-53;
"The Teaching-Learning Process", Nursing Outlook, octobre, 1966, p. 54-57.

Harrow, Anita S., Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tomes 1, 2, 3, Traduits de l'américain par Marcel Lavallée, Montréal, Les presses de l'Université du Québec, 1977.

Hayter, Jean, "Guidelines for selecting learning experiences", Nursing Outlook, décembre, 1967.

Keller, Nancy S., "Teaching by concepts", Nursing Outlook, janvier, 1969, p. 32-34.

Lavallée, Marcel, Apprendre didactique par objectifs opératoires, Document de travail, Montréal, Educo-Inter, 1975.

Mager, Robert F., Goal Analysis, Californie, Fearon Publishers/Lear Sigler, Inc., 1972;
L'éducation en devenir, Paris, Les Presses de l'Unesco, 1975;
Vers une définition des objectifs dans l'enseignement, traduit et adapté par G. Décote, Paris, Gauthier-Villars, 1969.

Nadeau, Marc-André, Mesure et évaluation des objectifs pédagogiques, Québec, Les éditions Saint-Yves Inc., 1975.

Netcher, Jack R., A management model for competency-based HPER programs, Saint-Louis, The C.V. Mosby Company, 1977, (Health (H), physical (P), education (E), recreation (R).

O.I.I.Q., Méthode d'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier en soins prolongés, Document de travail, Montréal, O.I.I.Q., Décembre 1978, révisé en octobre 1979.

Peterson, Vance T., "Reviewing Higher Education", The Competency-based Approach, University of Toledo, 1976.

Roveche, John E. et coll., Time as the Variable Achievement as the Constant: Competency-Based Instruction in the Community College, "Horizon Issues", Monograph Series, Washington, American Association of Community and Junior College, mars, 1976.

Rubin, Floreene, Allan, Janet D., Leak, Allison G. "The Seminar Process-An Aid to Learning", Nursing Outlook, janvier, 1971, vol. 19 nº 1, p. 37-39.

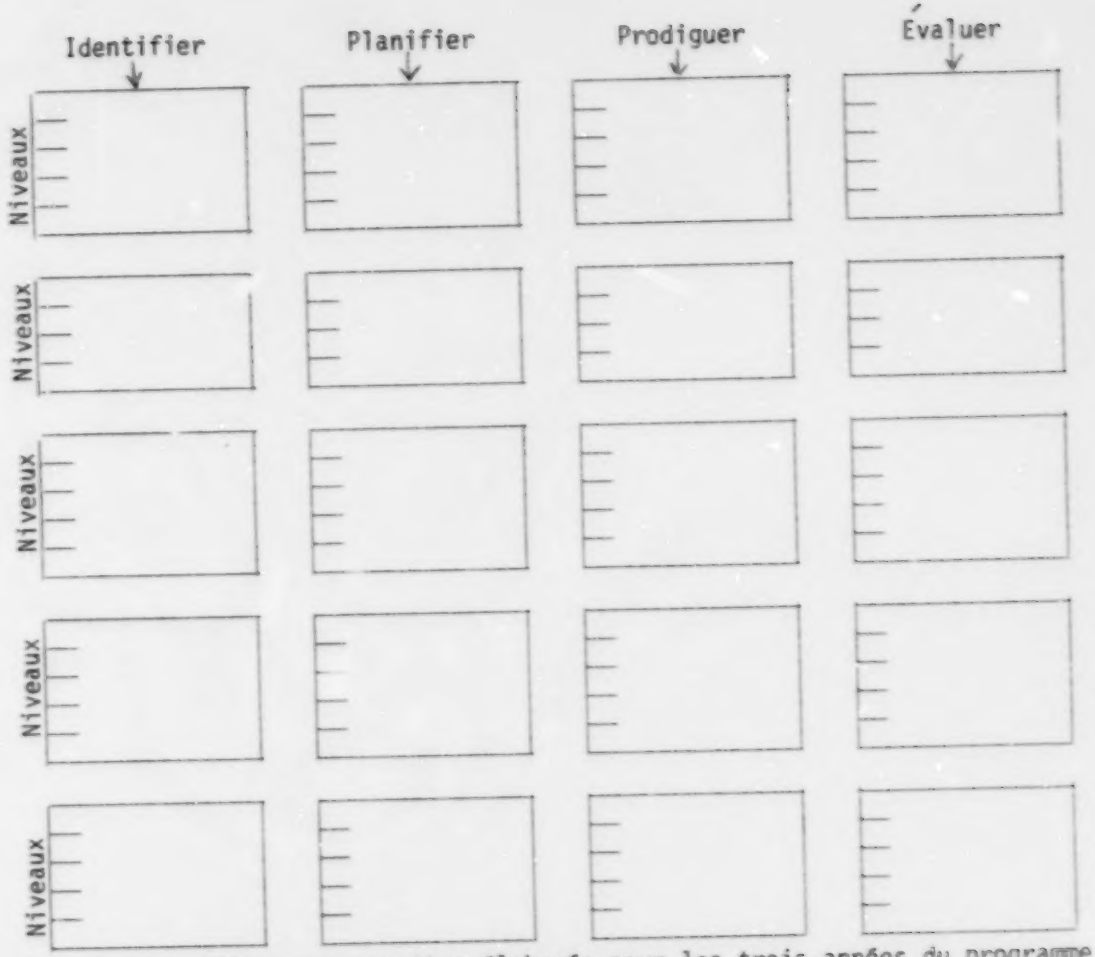
Smith, Ralph A., Regaining Educational Leadership, Toronto, John Wiley and Sons Inc., 1975.

Triuett, David A., Competency Programs in Higher Education, Washington, D.C., The American Association for Higher Education, 1975.

Exemple: INTÉGRER LA MÉTHODE DE SOLUTION DE PROBLÈMES

IMMOBILITÉ

Niveaux ou domaines de la taxonomie



Des schémas identiques et complémentaires peuvent être élaborés pour les trois années du programme et ce, pour chaque concept (réalité clinique).

ÉVALUATION CLINIQUE: LE PROFESSEUR ÉVALUE-T-IL CE QU'IL A ENSEIGNÉ OU CE QUE L'ÉTUDIANT A APPRIS?

Dolores Plourde, stagiaire au Service des programmes, secteur santé, Direction générale de l'enseignement collégial.

1. Le "Teaching" et le "Learning". L'évaluation est-elle centrée sur l'enseignement ou sur l'apprentissage?

Centralisation sur l'enseignement.

-la performance du professeur, sa façon d'expliquer le contenu de son cours, le matériel didactique;

-la réussite de l'étudiant, c'est-à-dire 60% aux tests et aux examens.

Centralisation sur l'apprentissage.

-le degré de compréhension de l'étudiant, sa démarche d'apprentissage, ses difficultés, ses erreurs, le pourquoi des difficultés et comment il peut y remédier;

-la performance qu'il doit atteindre, le degré de maîtrise nécessaire à la réussite de son stage.

2. Proposition d'un système d'évaluation basé sur le modèle de maîtrise (Mastery model): l'évaluation formative. Le système d'évaluation que l'on choisit doit toujours être fait dans un contexte de prise de décision. Ces décisions peuvent être:

-la sélection;
-le classement;
-l'orientation;
-le cheminement;

-la prescription d'un enseignement correctif;
-une aide personnelle;
-une modification de l'environnement;
-une certification;
-une promotion; ...

L'évaluation peut avoir pour but:

a) de classifier les étudiants (sélection-classification-orientation);

b) d'informer des progrès de l'étudiant et de la nature de ses difficultés. (Év. formative: déterminer le cheminement et la prescription d'un enseignement correctif);

c) d'informer des causes pouvant expliquer les difficultés persistantes d'apprentissage d'un étudiant (diagnostic: aide personnelle, modification de l'environnement);

d) d'informer les parents, les éducateurs, le marché du travail de la valeur de chaque étudiant (par rapport aux autres) au sortir d'un programme d'étude. (Év. somative: certification, diplôme, promotion).

Le système d'évaluation formative ne peut servir les mêmes fins que celui de l'évaluation somative.

3. Le modèle de maîtrise (Mueller). Le modèle de maîtrise suppose que l'on croit à la réussite possible de tous les étudiants en tenant compte bien sûr, du temps requis pour le faire et du cheminement de l'étudiant. Ce modèle est fragile dans son état pur mais la philosophie sous-jacente est séduisante et acceptable dans la réalité. Il implique une attention à chaque étudiant, une disponibilité de ressources humaines et didactiques, une situation d'apprentissage précise et des

critères de réussite explicite (évaluation critériée).

4. La nécessité de l'évaluation formative en laboratoire et en stage clinique. En stage clinique et en laboratoire de sciences infirmières, il apparaît comme nécessaire de s'assurer d'une "certaine réussite" et, souvent, d'une "réussite certaine" (maîtrise). À cette fin, l'évaluation formative est indiquée sans négliger pour autant l'évaluation somative (pour fin de promotion et de certification).

Si nous voulons faire de l'évaluation formative, voici les étapes à franchir:

a) Déterminer les unités d'apprentissage:

-unité, thème, module;

-tableau de spécification: -éléments de contenu;
-liens hiérarchiques;
-numéroté en vue d'un cheminement;

-catégorie de comportement.

b) Préparer les tests formatifs:

-retenir les éléments importants et, pour tous les éléments, rédiger un ou plusieurs items;

-analyser des liens "hiérarchiques";

-déterminer les seuils de performance: l'interprétation se fait en terme de réussite ou de non-réussite;

-analyser des erreurs et des prescriptions pour l'enseignement correctif.

Dans l'utilisation de l'évaluation formative.

Éléments nécessaires aux étudiants:

-matériel disponible pour l'enseignement correctif;

-avoir des horaires ou des unités hiérarchiques;

-recevoir une rétroaction fréquente.

Éléments nécessaires aux enseignants:

-connaître et réviser les éléments problématiques;

-analyser les erreurs fréquentes;

-améliorer continuellement les cours;

-prédire les résultats de l'évaluation somative.

Raisons possibles d'un refus d'un tel système.

Maintenant que les exigences de ce modèle et du système d'évaluation formative ont été vu sommairement, il peut nous sembler difficile d'appliquer ce système:

-être obligé de faire des objectifs opérationnels;

-les objectifs visés doivent constituer une structure hiérarchique;

-instaurer un contrôle rigoureux;

-avoir l'impression qu'il faut à tout prix, un enseignement individualisé;

-avoir l'impression qu'il faut disposer d'une trousse complète d'instruments avant de faire de l'évaluation formative.

Si nous voulons une formation qui veut tendre vers l'excellence, pourvons-nous nous passer de l'évaluation formative en laboratoire et en stage?

Plusieurs d'entre nous avons franchi des étapes et faisons une forme d'évaluation centrée sur le progrès de l'apprentissage de l'étudiant:

-nous avons rédigé des objectifs opérationnels;

-nous avons des tâches décrites en terme d'opération et ce, dans un ordre hiérarchique;

-nous supervisons et nous évaluons nos étudiants d'une façon individualisée (laboratoire-stage), et certaines d'entre nous évaluent en terme de maîtrise (réussite à 100% d'une injection I/M).

Il n'est pas nécessaire d'avoir une trousse complète avant de commencer ce type d'évaluation et, si nous partageons entre nous nos démarches, nos stratégies et nos instruments, la formation des étudiantes infirmières fera un pas de plus vers l'excellence.

BIBLIOGRAPHIE

Mueller, Daniel, J., "The mastery model and some alternative models of classroom Instruction and evaluation: An analysis", Educational Technology, mai, 1973.

Bloom, Haslings et Madaus, Handbook on formative and summative evaluation of student learning, Mc Graw-Hill book co., Toronto, 1971, chap. 6, p. 117-138.

Baker, Eva L., "Beyond objectives: Domain - references Tests form evaluation and instructional improvement", Educational Technology, juin, 1974.

Hively Wills, "Domain - referenced testins: Part one Basic ideas," Educational Technology, juin, 1974.

DÉMARCHE UTILISÉE POUR LA RÉVISION DU PROGRAMME AU COLLÈGE SAINT-GEORGES (SÉMINAIRE) AVEC LE CADRE CONCEPTUEL DE VIRGINIA HENDERSON

(texte I)

Évaluation d'une philosophie de soins infirmiers au Séminaire de Saint-Georges de Beauce, Madeleine Demers, A.M.J., M.N., coordonnatrice au Séminaire de Saint-Georges de Beauce.

Nous pouvons dire que l'évolution de notre programme vers l'intégration du modèle de Virginia Henderson se fait depuis 1967. Cette affirmation est possible parce que nous avons toujours considéré que l'enseignement des soins infirmiers a pour postulats de base quatorze éléments, appelés besoins fondamentaux, que toute personne doit satisfaire qu'elle soit assez bien portante, malade physiquement et/ou mentalement. Et nous ne pouvons parler de satisfaction des besoins fondamentaux sans rejoindre l'autonomie ou l'indépendance.

De plus, nous appartenons à une profession et, comme toute profession a pour rôle d'offrir des services à la société et, qu'en 1967 et plus encore en 1970, la santé n'était plus considérée comme l'apanage du médecin, mais devenait l'affaire de tous et de chacun, notre programme a été axé sur la santé. Que devient alors l'infirmière? Lit-on dans notre philosophie. Je cite: "Celle qui fait actualiser chez l'autre ce capital individuel et collectif qu'est la santé. Celle qui prend conscience de ses propres besoins fondamentaux et qui aide l'autre à prendre conscience de ses besoins et à voir l'interaction entre ceux-ci et son milieu." "Celle qui favorise une grande autonomie." Mais la connaissance de ces besoins nécessite l'utilisation d'un processus qui rejoint à la fois les composantes de l'être humain et tous les aspects de la situation problématique. C'est la méthode de solution de problèmes qui est à la base de tout plan de soins.

Tout ceci pour dire que nous utilisons les besoins fondamentaux depuis 1970 tant comme base d'enseignement du programme qu'à travers les méthodes de travail. Mais les professeurs pressentaient qu'il leur manquait des éléments pour aller plus loin. En juin 1978, Evelyn Adam est venue mettre en lumière cette notion d'indépendance qui, tout en centralisant l'action de l'infirmière à l'intérieur d'un concept plus large, simplifie le plan de soins, ce à quoi nous voulions arriver depuis longtemps. C'est ainsi que nous sommes passées à l'application du modèle de soins infirmiers de Virginia Henderson, préconisée par Evelyn Adam, avant de l'intégrer comme il se doit dans le programme. Les professeurs étaient prêts à le faire. Il fallait en saisir l'opportunité. L'utilisation de ce modèle dans le plan de soins permet de l'assimiler et de préparer son intégration dans le programme.

En collégial II, c'est-à-dire en soins maternels et infantiles, il fallait continuer à intéresser l'élève à la santé. Et vous savez qu'il est plus difficile d'intéresser l'élève à la santé qu'à la pathologie. Nous avons donc formulé nos objectifs à partir des tâches de développement selon le cycle de vie familiale, c'est-à-dire à partir de ce que chacun est obligé de faire pour croître et se développer pour passer à une autre étape selon son stade de vie. Cela s'intègre bien dans nos objectifs; l'unité de l'être, la santé, l'autonomie par l'acquisition des tâches de développement au niveau de l'individu et au niveau de la famille. Les problèmes de santé reliés à l'obstétrique, à la gynécologie et à la pédiatrie sont étudiés, selon leur stade de développement, à partir des concepts: excès d'apports, insuffisance d'apports, anomalies congénitales, troubles endocriniens, néoplasmes et dégénérescence. L'approfondissement de ces concepts se continue en collégial III.

Il est bien sûr que ces derniers concepts sont des concepts médicaux. Si nous avons utilisé cette méthode d'enseignement, c'est que nous voulions faire d'une pierre deux coups. Inviter l'élève à une démarche intellectuelle; démarche que l'élève fera si le programme lui est présenté de façon à susciter un processus intellectuel. Nous

voulions aussi diminuer le contenu qui est exhaustif et entraîner l'élève à faire le transfert de ses connaissances.

Nous voici au point crucial de notre problème. Ce serait de réorganiser notre contenu à partir de concepts de soins, desquels il faudrait extraire les éléments communs, ou de le structurer à partir d'éléments communs de soins et selon les stades de développement de l'être humain. Les difficultés apparaissent quand surviennent les événements prévus et imprévus en termes de problèmes de santé. Le défi consiste, croyons-nous, à donner suffisamment de connaissances à l'élève pour que les problèmes qu'il rencontrera deviennent des variables significatives, pour le choix de ses interventions.

Je veux dire en terminant, que nous avons trouvé très difficile de mettre sur papier une évolution, un cheminement. Du vécu, ça ne se met pas facilement dans des mots. Mes compagnes tenteront de donner des exemples pratiques de ce qui se fait en collégial I et III.

(texte II)

Expérience d'enseignement et approche du modèle conceptuel de Virginia Henderson, Micheline Roy, B.Sc.inf., professeur en collège I, Techniques infirmières, Séminaire de Saint-Georges (Beauce).

En faisant une rétrospective sur mes dix années d'enseignement en collégial, soit depuis l'ouverture de l'option Techniques infirmières au Séminaire de Saint-Georges (1970), j'ai relevé pour vous, deux composantes majeures de notre programme de formation:

-familiariser l'étudiant(e) avec des concepts de base en relation avec une certaine approche de la pensée de Virginia Henderson;

-entraîner l'étudiant(e) à la formation et au développement de concepts comme forme privilégiée de formation.

Nous verrons succinctement comment ces composantes ont contribué à une certaine saisie du modèle conceptuel de Virginia Henderson tel que nous l'a fait connaître Evelyn Adam lors de sa visite au collège en juin 1978.

L'inspiration première de notre conception des soins infirmiers a été puisée dans la brochure intitulée: "Principes fondamentaux des soins infirmiers" de Virginia Henderson (C.I.I., 1969) où il est écrit que:

> "Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues et d'accomplir ces fonctions de façon à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible." (p. 5)

De cette identification de la nature du service infirmier auquel nous devons initier la jeune débutante, a jailli l'élaboration progressive de concepts qui sont devenus les piliers du cours 180-101 et 180-201 et qui, par la suite, ont donné naissance à un certain tronc commun de concepts pouvant couvrir le programme des trois ans de cours.

Qui est cet individu vers lequel doit converger toute l'action de l'infirmier(e)? "Tout le monde reconnaît que le nursing prend sa source dans les besoins fondamentaux de l'homme" lisons-nous en page de cette même brochure.

Nous avons donc dès le début, accepté cette conception de l'homme comme formant une unité indissociable, une entité présentant quatorze besoins fondamentaux. Ces besoins peuvent être affectés par des variables d'ordre bio-psycho-socio culturelles. Ces variables peuvent aussi générer des zones de dépendance. Alors l'infirmière peut intervenir afin d'aider l'individu, mais avec cette optique particulière de

contribuer à lui faire maintenir ou reconquérir son indépendance.

L'approche du concept d'indépendance a été, de 1970-1978, nourri surtout par la théorie d'A. Maslow. C'est ainsi que nous avons travaillé étroitement avec Virginia Henderson et Maslow en ce qui concerne l'ordre de priorité des besoins, l'interdépendance de ceux-ci et la valeur d'indépendance ou d'autonomie.

J'avoue que nous avions une vision plutôt obscure du concept d'indépendance vu dans l'optique de Virginia Henderson jusqu'à ce que Evelyn Adam nous apporte un éclairage des plus lumineux et des plus valorisants.

Ne venez-vous pas de reconnaître ici les trois postulats sous-jacents au modèle de soins infirmiers de Virginia Henderson:

1. "Tout homme tend vers l'indépendance et la désire."

2. "L'individu forme un tout présentant des besoins fondamentaux."

3. "Quand un besoin demeure insatisfait, c'est que l'individu n'est pas complet, entier, indépendant."[1]

Quelle ne fût pas notre joie de prendre conscience que nous avions toujours été dans la ligne de pensée de Virginia Henderson! Car depuis le tout début, la formation tant théorique que clinique était orientée vers cette personne recherchant la satisfaction de ses quatorze besoins fondamentaux.

C'est ainsi qu'en 180-101, les deux tiers de la session portaient sur l'étude de la santé par le biais des besoins fondamentaux et des moyens de promouvoir un degré optimum de santé.

[1] Adam, E., Être infirmière, Montréal, H.R.W., 1979, p. 12.

Outre le développement des concepts découlant des postulats, nous avons aussi réalisé qu'à l'intérieur de la formation des concepts: soins, profession, éthique, nous parlions de valeurs sous-jacentes, elles aussi, à la conception de la profession selon Virginia Henderson et que Evelyn Adam énonce dans son livre *Être infirmière*, en page 12.

Tout au cours de l'évolution de programme, les méthodes de travail, communément appelées "techniques", sont intégrées à chacun des besoins étudiés et présentés comme moyens d'aider, d'assister, de suppléer le client selon le degré d'atteinte de son indépendance. Ceci correspond à l'un des éléments du modèle: "rôle de suppléance".

Les stages cliniques en collégial I ont toujours accordé la priorité à l'identification des besoins fondamentaux touchés qui appelaient des interventions d'assistance infirmière.

Mais là où Evelyn Adam nous a fait faire, tout comme à l'équipe des professeurs, un pas de géant dans notre démarche, c'est:

lorsqu'elle nous a clarifié le concept d'indépendance et lorsqu'elle nous l'a placé comme pierre angulaire de la profession infirmière selon Virginia Henderson;

lorsqu'elle nous a fait initié le plan de soins à partir des besoins spécifiques identifiés en termes de nécessité, d'activité souhaitée, plutôt qu'en termes de manque ou de problème;

lorsqu'elle nous a fait relier les modes de suppléance à la source de la difficulté ou de l'origine probable de déficit qui, selon Henderson, se trouve dans un manque de force, de volonté ou de connaissances.

Comme on vous l'a dit, notre "curriculum" n'est pas entièrement

révisé à la lumière du cadre conceptuel de Virginia Henderson; nous avons encore beaucoup à faire. Mais ce qui est intéressant de noter ici c'est que, lorsqu'il s'agit d'adopter un modèle de soins infirmiers on ne part pas nécessairement de zéro, surtout si nous restons dans la ligne de nos intuitions profondes de formation de la profession d'infirmière. Le modèle de soins infirmiers vient alors regrouper nos forces vives dans un tout plus cohérent et vient les orienter vers un point de convergence qui nous incite à aller plus loin.

La deuxième composante majeure de notre programme, avons-nous dit, est celle d'entraîner l'étudiant(e) à la formation et au développement de concepts, par un procédé graduel et soutenu.

Tout le contenu du programme 180-101 et 180-201 n'est pas matière d'élaboration conceptuelle. Le choix que nous faisons des concepts prend en considération la présentation du groupe dont il émerge, ainsi que l'éventualité des relations à établir à l'intérieur du programme comme liens de continuité.

Avant l'élaboration de l'un ou de l'autre des concepts en classe, l'étudiant(e) doit se préparer personnellement afin d'être en mesure de participer activement aux processus de développement de concept.

Ayant été rompu aux processus mentaux que nécessite l'élaboration conceptuelle, l'étudiant(e) de première année est apte à accueillir le modèle de soins infirmiers que nous lui proposons.

La démarche systématique qui lui est présentée par la suite est perçue alors comme un instrument dynamique qui va, comme naturellement, exiger un processus mental pour la planification d'un soin individualisé.

En guise de conclusion, permettez-moi de vous répéter quelques aspects de l'appréciation récente que m'a faite de notre méthode d'enseignement, une étudiante de collégial I, à la fin de la session

d'automne 1979.

> "L'enseignement conceptuel est vivant, actif, parce qu'il part des connaissances et du vécu de l'étudiant; il l'invite à exprimer ce qu'il sait et ce qu'il a expérimenté. Parce qu'il rejoint l'étudiant dans ce qu'il sait et dans ce qu'il est, le professeur manifeste un grand respect de l'étudiant. C'est la première fois que je sentais qu'on me respectait comme étudiant. Avant, j'avais l'impression d'être comme un tonneau vide qu'il fallait laisser remplir des connaissances du professeur.
> L'enseignement conceptuel me permettait une prise de conscience de mes ressources personnelles, m'aidait à les nommer, et à partir des expressions des autres étudiantes, me favorisait la réflexion et la vérification de ce que je savais.
> Être un "éveilleur de conscience", voilà le principal rôle du professeur. Du respect de l'étudiant que manifeste le professeur, jaillit une stimulation et un intérêt, car l'étudiante est prise au jeu.
> L'apprentissage par concepts est vraiment une formation pour la vie, c'est le chemin de la formation!"

(texte III)

Démarche scientifique, Claire B. Fontaine, B.N., Séminaire de Saint-Georges de Beauce.

1. Profil du client. Les besoins fondamentaux y ont toujours été présents, mais non privilégiés, également jusqu'à l'an dernier.

Au début, nous nous sommes inspirées de l'histoire de soins infirmiers de Little, Carnevali, Boisvert: "La planification des soins". Plus tard, nous en avons fait une synthèse intégrée au plan de soins.

Et maintenant, notre histoire de soins infirmiers est élaborée à partir des quatorze besoins fondamentaux selon le modèle de Virginia Henderson. Les étudiants de collégial III l'ont travaillée en équipes, assistés des professeurs.

2. Plan de soins. À l'instar de l'histoire de soins infirmiers, le plan de soins s'est modifié. D'un plan de soins très détaillé qui débutait avec les problèmes de santé prioritaires reliés aux besoins fondamentaux comportant des objectifs à court et à long terme, et après avoir précisé la formulation des objectifs en termes de comportement mesurable et observable selon Nurseco, nous sommes arrivés à un plan de soins de deux colonnes: besoins spécifiques et interventions. Cependant, pour faciliter l'apprentissage du modèle de Virginia Henderson, nous faisons écrire la démarche de l'interprétation des données; ce qui signifie que l'étudiant s'interroge sur l'origine probable des besoins spécifiques, du degré d'autonomie du client face à ses besoins et du choix du mode d'intervention infirmière.

En résumé, notre effort a porté sur la simplification de la démarche scientifique; il nous a permis de rendre le plan de soins plus pratique et plus précis.

En bâtissant la démarche scientifique selon le modèle de Virginia Henderson, nous sommes conscientes qu'il y a davantage d'unité et de cohérence dans notre pensée et dans notre action.

En plus de clarifier notre rôle d'infirmière, le modèle de Virginia Henderson le valorise.

DÉMARCHE UTILISÉE POUR LA RÉVISION DU PROGRAMME DU COLLÈGE VANIER AVEC LE CADRE CONCEPTUEL DE CALLISTA ROY

Georgiana Kish et Donna Rooney, professeurs de soins infirmiers, Collège Vanier.

Pourquoi changer le plan d'études?

1. À cause d'un besoin d'éliminer, dans certains cours, la répétition de la théorie des soins infirmiers et de l'étude de certaines maladies.

Nous avons reconnu ce besoin quand les étudiantes se sont plaintes de répétitions. Les membres de la faculté, en regardant les maladies enseignées dans les différents cours, ont aussi trouvé plusieurs répétitions.

2. À cause d'un besoin d'enseigner différents niveaux de communication, simples au premier semestre et complexes aux derniers.

La rédaction de la démarche serait commencée dans le cours 101, et continuée à chaque niveau d'études.

3. À cause d'un besoin de développer un contenu de pharmacologie dans chaque cours. Tous les membres de la faculté devraient être conscients de ce qui est enseigné à chaque niveau.

4. À cause d'un besoin d'enseigner aux étudiantes la démarche nécessaire pour qu'à partir de plusieurs pages de documentation, elles puissent en faire la synthèse finale sur une carte "Kardex".

Ce besoin a été identifié par des étudiantes diplômées qui retournaient pour discuter du programme d'études infirmières.

5. L'importance du patient est un des principaux aspects des soins

infirmiers, ce qui nous a amené à faire de nouveaux changements dans le plan d'études. Cet aspect des soins infirmiers doit être enseigné à tous les niveaux.

6. À cause d'un besoin de développer une démarche globale pour voir le client comme une personne complète plutôt que de développer l'ancienne structure traditionnelle qui se servait de concepts médicaux comme méthode d'organisation de contenu.

Nous appelons nos cours "Techniques infirmières 1, 2, 3, etc." plutôt que "Soins infirmiers obstétricaux", "Soins infirmiers pédiatriques", etc.

Historique .

1970. Le programme d'études infirmières a été élaboré. Le plan d'études a été divisé selon les cinq spécialités traditionnelles.

1972. Nous nous sommes servis du modèle Roy et nous avons commencé à étudier de nouveau notre façon d'enseigner afin d'inculquer aux étudiantes une connaissance approfondie de la théorie de soins infirmiers.

Le fait que nous nous servions des méthodes de Beland et du plan d'études du programme, pour l'organisation de la théorie nous posait un problème. On se servait de Beland parce que les informations sur le contenu de Roy étaient limitées. Néanmoins, nous nous servions de Roy comme modèle de la théorie de soins infirmiers.

1973. Nous avons invité Roy à venir réviser sa théorie de soins infirmiers avec nous. Cette rencontre a été défrayée par les fonds du développement professionnel. Par la suite, nous avons laissé tomber les méthodes de Beland et nous nous sommes servis exclusivement ce celles de Roy.

1974. Nous avons formé notre premier comité de "curriculum" pour préparer

un plan d'études. Celui-ci était composé de volontaires bien que nous ayons essayé de trouver des membres de la faculté pour chaque sous-spécialité. Pendant les quatre années suivantes, ce comité et ces membres de la faculté ont développé et raffiné la structure conceptuelle, la philosophie, les liens et le guide d'évaluation de l'adaptation. Ceci a été accompli en organisant des ateliers deux fois par année. En plus, nous avons développé nos principes d'organisation: la croissance et le développement (général→ spécifique) du simple au complexe et l'idée de la dynamique santé-maladie. Nous avons lu les rapports sur le développement des cegeps, (parent, G.T.X., etc.).

1978. Fusion avec l'autre campus. Nous avons commencé à délaisser nos spécialités. Em Bevis est venue nous aider à élaborer la dynamique du fondement d'un plan d'études. Em Bevis nous a aidé à développer des techniques spécifiques pour aborder le changement et ceci, non seulement en encourageant la pleine participation des membres de la faculté, mais aussi en nous donnant un format et des outils spécifiques pour le développement d'un plan d'études.

A ce moment, nous avions recommencé trois fois. Le comité de plan d'études a entrepris de rédiger ce troisième plan puisque nous trouvions que les membres de la faculté n'en pouvaient plus.

Nous connaissions le travail de Chader dès le début et nous en avons tiré quelques informations sur l'étudiante et sur son milieu (académique, de travail), mais nous n'avons pas poursuivi ce travail, parce que nous devions développer le contenu du plan d'études.

La dynamique du groupe .

Tout le monde a eu beaucoup de difficulté à mettre de côté leur spécialité. Certains nouveaux venus se sentaient déconcertés face aux événements, soit consciemment, soit inconsciemment, en apportant des agendas cachés aux réunions. D'autres étaient destructifs: plusieurs

ne parlaient pas aux réunions, mais exprimaient leurs opinions d'une façon destructive en-dehors de l'atelier. Généralement, l'annonce d'un atelier apportait une réaction très négative.

Afin de corriger ce problème, nous avons suivi certaines règles de base rédigées en grande partie par Em Bevis.

Postulats (élaborés par le département, février 1979)

1. Définition de la santé.

La santé est un processus dynamique d'adaptation marqué par une sensation de vitalité physique, par une stabilité émotionnelle et mentale et par une raison d'être sociale. Ce processus d'adaptation peut être mesuré par la capacité de l'individu à réaliser ses propres attentes envers lui-même et envers la société.

L'expression de ces attentes facilitent le développement de l'individu et se reflète dans son interaction avec son milieu.

2. Description de la pratique des soins infirmiers.

Au Québec, les infirmières exercent leur fonction conformément à la Loi des infirmières et infirmiers (1973, c. 48) et le Code des professions (1979, c. 26). Le Code des professions a reconnu la profession infirmière comme étant autonome et ayant les fonctions dépendantes et indépendantes suivantes:

1. La surveillance du patient: ceci comprend la supervision complète des soins au patient; incluant la protection et la sécurité ainsi que l'évaluation de ses besoins d'adaptation et de ses besoins psychologiques.

2. L'observation des symptômes et des réactions du patient: incluant la symptomatologie de sa condition et de ses besoins physiques et mentaux.

3. Le dossier du patient: la rédaction du dossier est un processus de mise à jour constant. Bien que la nécessité rende celle-ci complexe, elle doit être concise, claire et précise.

4. La surveillance du personnel: ceci est un aspect indispensable de la pratique professionnelle des soins infirmiers afin d'assurer que ceux qui contribuent aux soins du patient aient la compétence nécessaire pour exécuter de façon efficace les tâches qui leur ont été assignées.

5. Les actes infirmiers: ceux-ci deviennent de plus en plus nombreux à cause des changements continuels dans le monde technique. Certains actes sont maintenant exécutés par les infirmières sous surveillance médicale. Cette même surveillance se relâche progressivement dû à une formation plus étendue et plus approfondie du personnel infirmier.

6. L'éducation des patients: il faut assurer les soins complets au patient, lui faire des recommandations, instruire sa famille et assurer une continuité de soins afin qu'il se rétablisse, jouisse d'une bonne santé et reprenne sa place dans la société.

7. L'exécution des ordonnances médicales conformément à la loi: ceci est la partie dépendante ou subordonnée. Tout acte nécessitant un traitement est un acte médical et, si l'infirmière n'obéit pas aux trois conditions suivantes, elle viole la loi:

a) elle doit agir sous la direction et/ou sous la supervision d'un médecin;

b) elle doit comprendre la cause et l'effet de l'ordonnance;

c) l'ordonnance doit être légale; il faut bien comprendre que les lois régissant la pratique de la profession ne sont pas simplement des mots, mais impliquent une responsabilité très grande envers le public et, en termes plus simples, envers la vie humaine.

L'objectif de la pratique des soins infirmiers est d'aider l'individu et sa famille à s'adapter. On accomplit ceci en identifiant le comportement psychosocial et physiologique du client et les stimuli qui lui sont reliés. On identifie les problèmes en se servant de la typologie des problèmes de Roy.

Les infirmières contribuent en modifiant, en éliminant et en ajoutant certains stimuli. Afin d'atteindre cet objectif, elles se servent de moyens comme le processus analytique, la communication, les soins et les connaissances techniques.

Les soins infirmiers sont dispensés soit à l'hôpital, soit dans divers cadres communautaires.

Les infirmières travaillent en collaboration avec tous les membres de l'équipe de santé. Les relations avec le client ou les collègues sont intimememt reliées.

Philosophie (élaborée par le département).

L'homme est un être continuellement exposé à des conditions changeantes. Il doit s'adapter constamment aux stimuli qui proviennent soit de son environnement externe, soit de son environnement interne. Afin de faire face à ces stimuli, l'individu réagit de diverses façons qui lui sont propres et qui peuvent être des mécanismes innés ou acquis. Ces réactions, d'origines biologique et psychosociale, se trouvent à l'intérieur de quatre différents modes d'adaptation: la psychologie, le moi, la fonction du rôle et l'interdépendance. Les réactions de l'homme représentent un effort optimum à un certain moment de sa vie et peuvent entraîner soit des réactions positives - celles qui le rendent capable de réagir à d'autres stimuli - soit des réactions négatives - celles qui exigent toutes ses énergies et l'empêchent de réagir à d'autres stimuli.

La santé et la maladie sont une des dimensions de la vie de l'homme.

En tout temps, l'homme se situe à un certain point sur le continuum santé-maladie, pouvant aller de "santé florissante" à "santé très mauvaise". Sa capacité à réagir à certains stimuli déterminera, en grande partie, sa position sur le continuum santé-maladie.

Chaque individu a le droit à un bien-être optimum. Les infirmières aident l'individu à n'importe quel point sur le continuum santé-maladie afin qu'il réagisse positivement aux stimuli qui l'affectent. Puisque la famille et la communauté font partie de ces stimuli, les soins infirmiers s'occupent de l'individu dans les cadres de sa famille et de sa communauté.

Chaque individu a droit à la réalisation de son potentiel; ceci inclut le droit au genre d'éducation qui facilitera la démarche nécessaire. L'éducation rend l'individu capable de développer une compréhension de soi-même, des autres et de son environnement. Parfois, l'éducation s'intéresse au développement de certaines habiletés en rapport avec l'utilisation de connaissances dans diverses situations. L'apprentissage est un processus actif continuel qui se développe à la vitesse de chaque individu et qui s'observe par un changement de comportement. Cet apprentissage dépend de la motivation de l'individu et de sa capacité d'intégrer ses expériences passées et présentes. L'enseignement est une démarche qui crée les conditions nécessaires à l'apprentissage en rendant accessibles les expériences nécessaires pour que cet apprentissage prenne place.

Les études infirmières sont fondées sur des principes reconnus en éducation et ont comme but, la formation d'infirmières responsables. Par la nature même des soins infirmiers, les situations d'apprentissage doivent être très variées; un contact prolongé avec les clients est absolument nécessaire. On admet dans les études infirmières que la pratique des soins infirmiers change continuellement et que la formation de base doit donner à l'infirmière, les outils nécessaires pour faire face à des changements futurs.

Modèle conceptuel de soins infirmiers (élaboré par le département)

1. Hypothèses sur lesquelles le modèle est fondé.

A. L'homme réalisant son adaptation biologique:

a) Chaque homme est un être bio-psycho-social unique, en interaction constante avec un milieu en changement.

b) L'homme s'adapte à son milieu grâce à des mécanismes innés ou acquis.

c) La manière dont l'homme s'adapte dépend du stimulus auquel il est exposé et de son milieu d'adaptation au moment de la stimulation.

d) Le niveau d'adaptation est déterminé par l'effet combiné des stimuli focal, contextuel et résiduel.

e) L'homme peut déterminer en grande partie le genre et le degré de stimulation qu'il recevra.

f) Les réactions de l'homme à la stimulation se classent à l'intérieur de quatre différents modes d'adaptation: la physiologie, le moi, la fonction du rôle, et l'interdépendance.

g) L'homme réagit soit positivement, soit négativement aux stimuli. Une réaction positive le rend capable de réagir à d'autres stimuli, tandis qu'une réaction négative l'empêche de réaliser cette démarche.

B. Les services infirmiers et les services de la santé:

a) Chaque individu a le droit à un service de santé de qualité.

b) Les services de santé devraient avoir comme but de prévenir et de traiter les maladies, de promouvoir la santé, et de réadapter leurs

clients.

c) Les différents paliers de gouvernement (fédéral, provinciaux et municipaux) ont des lois qui tentent de protéger le public contre certains agents susceptibles de causer des maladies ou des blessures.

d) La planification, l'organisation et l'administration des services de santé sont des responsabilités que se partagent les institutions publiques et privées.

e) Le public a le droit de participer au processus de décisions qui établit les soins dispensés.

f) Les soins infirmiers font partie des organismes communautaires de santé et fonctionnent en étroite collaboration avec ceux-ci.

C. Le rôle de l'infirmière

L'infirmière, par un processus de solution des problèmes, appuie et encourage l'adaptation de son client. Ainsi, l'infirmière:

a) Évalue la situation de son client en utilisant divers moyens d'observation et de communication. Cette évaluation inclut: le rassemblement d'informations sur les stimuli (focal, contextuel, résiduel); l'observation du comportement du client face à l'adaptation, à savoir s'il est positif ou négatif.

b) Identifie les problèmes d'adaptation du client et les classe d'après leur importance.

c) Établit, avec la coopération de son client, des objectifs basés sur les problèmes identifiés.

d) Prépare des soins infirmiers qui ont pour but le concept de modifier, d'éliminer ou d'ajouter aux stimuli qui affectent le client:

élimine les stimuli contribuant à un comportement négatif;

ajoute des stimuli afin de promouvoir un comportement positif;

change certains stimuli afin de modifier leurs effets sur le comportement, c'est-à-dire:

diminuer les effets favorisant un comportement négatif;
augmenter les effets favorisant un comportement positif.

e) Exécute le plan de soins infirmiers:

en se servant de principes de sécurité acceptés selon la procédure;

en se mettant en accord avec les objectifs poursuivis par le reste de l'équipe de santé;

en respectant le droit du client à sa vie privée et son droit d'être informé sur son état de santé.

f) Entretient les communications entre elle et l'équipe de santé, afin de donner des soins complets.

g) Évalue l'efficacité des soins infirmiers donnés en fonction des objectifs établis pour le client et de sa compétence dans l'exécution du plan.

h) Modifie le plan de soins infirmiers selon son succès ou son échec;

en se servant de tout renseignement nouveau obtenu en dispensant les soins;

en prenant sur elle d'améliorer ses propres connaissances et ses habilités.

D. L'apprentissage:

a) Chaque individu a des capacités d'apprentissage différentes.

b) L'individu est mieux disposé à apprendre, si ses besoins fondamentaux sont satisfaits.

c) Les gens apprennent lorsqu'ils se trouvent en présence d'un problème ou d'un besoin.

d) L'individu développe une motivation qui le pousse vers un objectif, lorsque mis en présence d'un problème ou d'un besoin.

e) L'individu doit se fixer un objectif avant de pouvoir apprendre d'une façon organisée.

f) L'individu doit savoir son but réalisable pour pouvoir l'atteindre.

g) Le fait d'encourager l'individu en lui disant qu'il est sur la bonne voie, le motive encore plus.

h) Un transfert de connaissances est possible lorsqu'il y a similarité entre des situations nouvelles et des situations où un apprentissage a eu lieu.

i) Quand des situations désagréables sont reliées à l'apprentissage, il y a interférence.

j) Quand des informations nouvelles ne s'accordent pas avec les valeurs existantes de l'individu, il y a interférence.

k) La révision de connaissances et d'habilités, à intervalles réguliers, aide leur apprentissage et leur assimilation.

l) Si les connaissances sont présentées d'une façon organisée et comme ayant un lien entre elles, elles seront mieux apprises et mieux retenues.

m) L'apprentissage de connaissances se fait plus facilement lorsqu'on passe par des unités simples avant d'aborder des unités plus complexes.

n) Des échecs occasionnels sont mieux tolérés quand l'individu a d'abord connu le succès.

2. Principaux blocs du modèle.

a) Objectif de la démarche: un niveau optimum de fonctionnement.

b) Description du "client" en tant que "patient": l'homme, comme être bio-psycho-social, qui se sert de moyens d'adaptation afin de répondre à certains stimuli créés par sa place dans le continuum santé-maladie.

c) La place de l'infirmière: un cadre où l'homme s'adapte à des situations reliées à la santé ou la maladie.

Le rôle de l'infirmière: aider à l'adaptation du client.

d) Source de difficulté: problèmes d'adaptation observés ou potentiels.

e) Foyers d'intervention: variables: les stimuli;
mode: l'introduction, l'élimination ou la modification des stimuli.

f) Conséquences: résultat projeté: un niveau de fonctionnement optimum et stable.

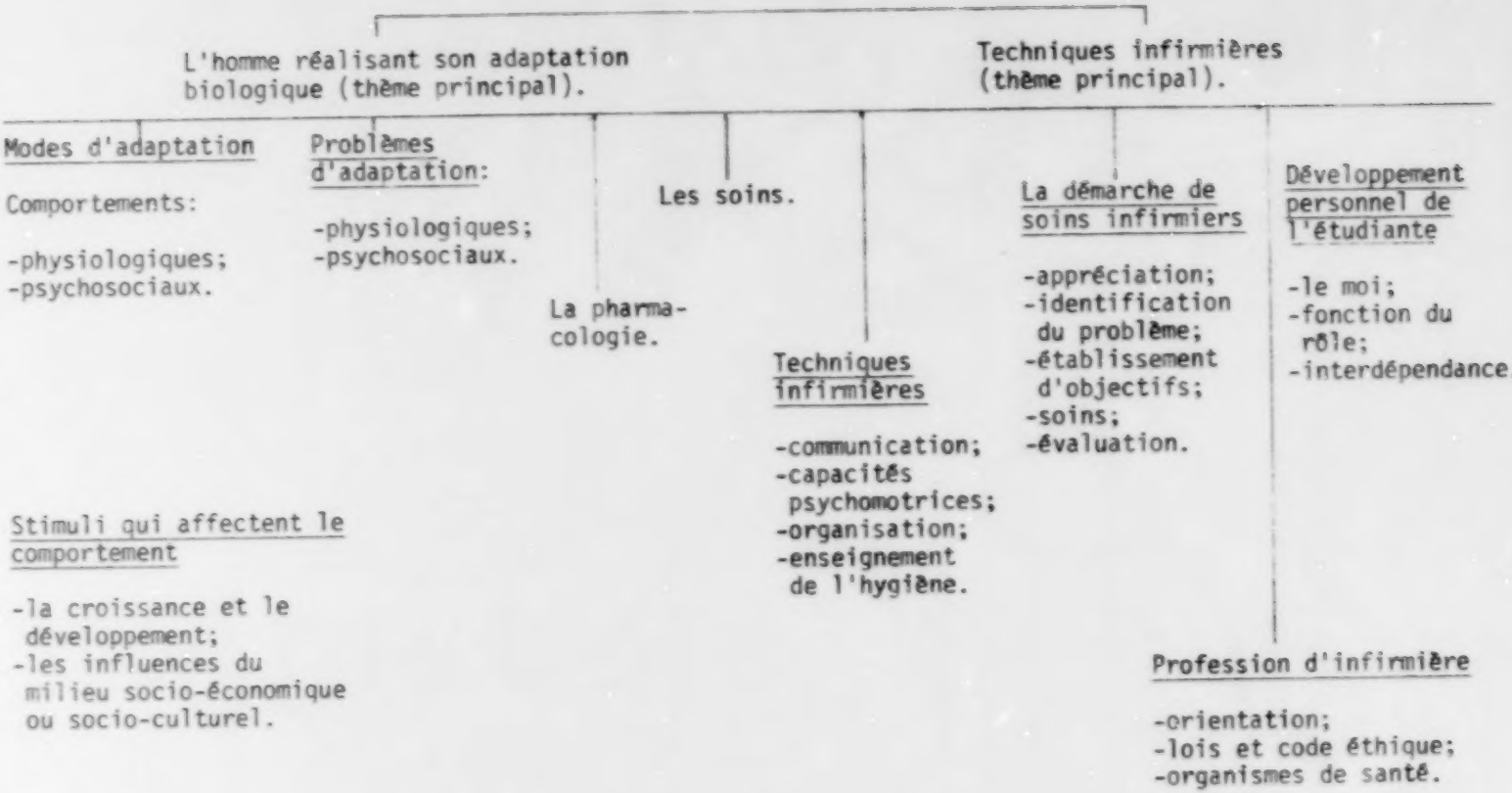
3. Lexique.

Continuum: une suite ininterrompue; un tout continu et ininterrompu; un élément de base commun à une série ou à un ensemble de variations infinies.

Motivation: le processus par lequel le comportement est éveillé à un objectif, poussé vers lui et appuyé dans sa poursuite.

Besoin: une déficience, un déséquilibre ou un excès qui exige de l'individu ou de l'organisme la correction de celui-ci, soit consciemment ou inconsciemment.

Programme d'Études infirmières du Collège Vanier*



*Accepté par consensus au "Nursing Merger Workshop" pour implantation en septembre 1979.

le 10 janvier 1979

CONCEPTS ET ÉLÉMENTS

L'homme réalisant son adaptation biologique.

Modes d'adaptation:

1. physiologique;
2. psychosocial.

Parties constituantes du mode physiologique:	Problèmes d'adaptation:
A. exercice, repos, et sommeil;	1. immobilité; 2. fatigue; 3. insomnie;
B. alimentation;	1. malnutrition; 2. carence d'éléments nutritifs; 3. obésité; 4. cachexie; 5. nausées et vomissements;
C. élimination;	1. constipation; 2. diarrhée; 3. incontinence fécale; 4. rétention urinaire; 5. incontinence urinaire;
D. liquides et électrolytes;	1. déshydratation; 2. oedème; 3. déséquilibre des électrolytes;
E. oxygène et circulation	1. hypoxie; 2. choc;
F. thermo-régulation;	1. fièvre; 2. hypothermie;
régulation des sens;	1. altération de la sensibilité; 2. perte sensorielle; 3. douleur;
système endocrinien;	1. déséquilibre endocrinien;

G. sécurité;	1. rupture de l'unité de la structure: ex. du système reproducteur; 2. défaillance de la fonction; ex. perte de l'élasticité;
-cheveux, ongles et dents;	1. rupture de l'unité de structure: ex. nécroses (caries); alopécie - hirsutisme; 2. défaillance de la fonction.
-os et muscles;	1. rupture de l'unité de la structure; ex. atrophie; 2. défaillance de la fonction; ex. ambylose contractures.

Parties constituantes du mode psychosocial:	Problèmes d'adaptation
A. le moi:	
-le moi physique;	1. mort;
-le sur-moi;	1. culpabilité;
-le moi logique;	1. anxiété;
-l'idéal du moi;	1. impuissance;
-l'amour propre;	1. complexe d'infériorité;
B. fonction du rôle:	
-maîtrise du rôle;	1. conflit de rôle; 2. échec du rôle;
C. interdépendance	1. dépendance non-fonctionnelle; 2. indépendance non-fonctionnelle; 3. isolement.

Guide de la démarche de soins infirmiers 180-201

(janvier 1980)

Chaque démarche de soins infirmiers doit comprendre une évaluation de comportement du client dans le mode désigné.

OBSERVATIONS DU COMPORTEMENT DU CLIENT	POSITIF OU NÉGATIF	LES STIMULI	PROBLÈMES PRÉSENTS ET/OU POTENTIELS
1. Les étudiantes devraient se servir du guide d'évaluation afin d'évaluer (physiologie, fonction du rôle, le moi, et interdépendance). 2. L'étudiante décrit le comportement du client qu'elle a observé ou mesuré directement; celui qu'elle a eu par compte-rendu, ou encore celui qu'elle a lu sur le dossier du client. 3. Les résultats de tests pertinents doivent indiquer: le nom du test, les résultats du client; la valeur normale entre parenthèses. ex. niveau de serum - potassium. K(N-3,5-4,5).	L'étudiante juge si le comportement du client influera négativement ou positivement sur son adaptation. -un comportement adaptatif signifie que le client est capable de faire face aux stimuli qui l'affectent, et qu'il peut réagir à d'autres situations et à d'autres stimuli. -un comportement non-adaptatif signifie que le client est en train de s'adapter, mais que son niveau d'adaptation n'est pas assez élevé pour faire face à tous les stimuli, et qu'il n'est pas capable de	L'étudiante identifie les facteurs qui influencent le comportement du client. -Chaque stimulus doit être classé comme focal, conceptuel ou résiduel. -Stimulus focal: le premier auquel le client fait face. L'infirmière devrait vérifier l'évaluation de ce stimulus avec le client, en communicant avec lui. -contextuel: tous les autres stimuli (internes ou externes) qui affectent le comportement sous observations.	Maintenant, l'étudiante rend un jugement fondé sur les informations qu'elle a recueillies. Premièrement, elle identifie les problèmes présents chez le client. Ces problèmes sont identifiés clairement de la façon suivante: ex. douleur (surcharge sensorielle) premier jour post-opératoire - chlolécystite. Ensuite, elle identifie les problèmes potentiels les plus probables. (Ceux-ci doivent être réalistes). Le format d'entrée dans le dossier doit être le même.

OBSERVATIONS DU COMPORTEMENT DU CLIENT	POSITIF OU NÉGATIF	LES STIMULI	PROBLÈMES PRÉSENTS ET/OU POTENTIELS
	réagir à d'autres situations où à d'autres stimuli.	-résiduel: une hypothèse souvent basée sur les connaissances antérieures de l'étudiante concernant les attitudes, les croyances, les expériences passées du client et/ou n'importe quel autre facteur qui pourrait jouer un rôle sur son comportement. Pour cette section, l'étudiante devrait se référer à ses notes de cours; 180-101 et 180-201. Certains stimuli pourraient être: a) tests; b) médicaments; c) traitements; d) objectifs personnels du client.	Elle se sert de la typologie des problèmes d'adaptation comme guide.

DROIT PROFESSIONNEL ET RESPONSABILITÉ EN SOINS INFIRMIERS

Fernande Villeneuve, professeur en soins infirmiers, Collège de Limoilou; avocate.

En tant que responsables de l'enseignement en soins infirmiers et en tant que responsables en grande partie de l'avenir de la profession, nous avons un rôle très important à jouer afin que le statut de professionnel en soins infirmiers demeure très élevé.

Le client nous confie ce qu'il a de plus important pour lui: sa santé. Nous devons donc lui fournir la garantie que nous respecterons les règles élémentaires de conduite professionnelle. On mentionne trop rapidement à nos étudiant(e)s qu'il existe une loi qui régit la profession; qu'il existe un Code de déontologie. Mais est-ce que véritablement on leur enseigne l'importance de ces textes?

Notre profession est essentielle au public et c'est pourquoi le législateur a défini dans une loi, l'acte infirmier proprement dit. C'est l'article 36 et 37 de la Loi des infirmières et infirmiers. Je n'entrerai pas ici dans la définition de l'acte infirmier, mais il est nécessaire que l'"apprenant" analyse chacun de ces termes de l'exercice infirmier et qu'il soit en mesure de comprendre la responsabilité qui lui revient.

Autant l'automobiliste qui est au volant de sa voiture doit être informé des règles essentielles du Code de la route et doit respecter les consignes établies afin d'éviter les accidents, autant le professionnel en soins infirmiers doit être informé des éléments de responsabilités les plus pertinents à la pratique.

Je fais allusion ici au contrat de soins qui s'établit entre ce professionnel et chacun des clients. La notion de contrat est un concept que chacune d'entre nous doit connaître; les éléments constituants

le contrat de soins, la distinction à faire entre ce contrat par rapport aux autres contrats, les obligations qui en découlent de la part des parties impliquées. Combien d'interrogations se posent à nous dans l'exercice de notre profession telles: "Est-ce que j'ai le droit ou non?" "Qui serait responsable dans tel cas?" "Est-ce qu'on peut me poursuivre parce que j'ai fait ça...?"

Dans l'enseignement actuel est-ce qu'on fait valoir tout l'aspect responsabilité de notre profession? Est-ce qu'on les informe sur toute la structure du Code des professions par rapport à notre profession? Est-ce que l'"apprenant" a pu recevoir ou manipuler les textes de loi tels: Loi des infirmières et infirmiers, Code de déontologie, Code des professions, Code du travail, Loi sur les services santé. Très souvent l'étudiante qui termine son cours a entendu parler, à certains moments, du Comité de discipline du syndic; elle sait qu'elle doit payer une somme d'argent pour être inscrite au tableau de l'Ordre afin d'exercer légalement. L'étudiante finissante, de troisième année, s'interroge sur les examens de l'Ordre, car généralement ce sont des points immédiats pour elle.

Mais lorsqu'elle exerce sa profession, elle est vite confrontée à l'aspect syndical et à l'aspect professionnel. Il se crée beaucoup d'ambiguïtés et d'interrogations. Très souvent cette nouvelle recrue devient de plus en plus sensibilisée à l'aspect syndical; c'est pourquoi nous devons également l'éclairer adéquatement sur son droit professionnel, car si nous ne le faisons pas, qui le fera? L'Ordre fait déjà beaucoup afin de sensibiliser les professionnels en soins infirmiers d'antan, à tout ce nouvel aspect. Il s'agit de lire sérieusement le *Nursing Québec*, ou d'assister aux séances d'informations organisées par les diverses sections. Je ne veux pas me faire le défenseur de l'Ordre, mais depuis cette récente loi, l'Ordre a fait beaucoup de travail pour ses membres; il a de nombreux problèmes à surmonter. Les membres sont exigeants, ils veulent des solutions rapides; il ne faut pas oublier que l'Ordre n'est pas seul dans tout ça: il est confronté à d'autres

professionnels de la santé et parfois aux prises également avec certaines rigueurs gouvernementales.

Il faudrait que ce soit bien clair dans la tête de l'étudiante: le professionnalisme et le syndicalisme. Ces deux notions ne sont pas opposées en soi; il y a des points qui se rejoignent, mais j'entrevois ces deux termes plutôt en parallèle. Actuellement, je ne pense pas que le syndicat soit axé sur la qualité des soins que doit recevoir le public ou sur la compétence des membres. Il se préoccupe beaucoup plus des conditions de travail de ses membres alors que le professionnalisme s'occupe tout particulièrement de protéger le public. Antérieurement, l'Association des infirmières avait un double rôle: celui de protéger le public et ses membres. Depuis l'arrivée du Code des professions, cette double fonction est révolue. Le rôle primordial de l'Ordre est la protection du public.

Le public devient de plus en plus exigeant, de plus en plus il reconnaît ses droits, et de plus en plus il intente fréquemment des recours contre les professionnels de la santé. D'ailleurs, à ce sujet, je me permets de vous souligner que l'Office des professions publiait récemment une série de quatre dépliants à l'intention des consommateurs de services professionnels. Ces dépliants renseignent le grand public sur le système professionnel, sur les moyens prévus par la loi pour assurer la qualité des services, ainsi que sur les droits et les recours des consommateurs. Le premier dépliant est intitulé: "Une première rencontre indique comment bien choisir un professionnel". Le deuxième dépliant explique comment le client est protégé et le renseigne sur ses droits. Il traite en particulier, du rôle des corporations professionnelles et de leurs pouvoirs. Il expose aussi le rôle de l'Office des professions. Le troisième dépliant indique au consommateur la procédure à suivre lorsqu'il y a des raisons de porter plaintes contre un professionnel. Le quatrième dépliant fournit la liste des corporations professionnelles, de façon à aider le consommateur pour toute communication avec celles-ci.

Notre profession ne peut pas se permettre de donner des soins aux consommateurs comme s'ils étaient des objets. Le professionnel en soins infirmiers travaille avec et sur l'être humain, contrairement à d'autres professionnels comme le notaire, l'ingénieur ou le chimiste, dont l'objet pour l'un est l'écrit, pour l'autre un plan et pour le dernier un produit chimique...

Vous savez comme moi qu'il y a de nombreuses facettes à regarder chez l'être humain. Dans la formation actuelle l'étudiante reçoit de bonnes connaissances sur ces diverses facettes, d'autant plus qu'avec nos divers modèles en soins infirmiers, nous regardons de plus près les besoins de chaque individu. Cependant, il y a encore cette lacune au niveau de l'information juridique.

Lorsque le professionnel en soins infirmiers établit le contact avec son malade, il y a bien des éléments juridiques qui entrent en ligne de compte tant de la part du client que du "soignant", mais toutes ces implications sont trop souvent inconscientes voire même inconnues.

Il est temps, à mon avis, de s'éveiller et de comprendre adéquatement la structure du Code des professions et des autres législations qui s'y rattachent et de voir les responsabilités qu'implique l'exercice infirmier.

Trop souvent nous lisons dans la revue de l'*Infirmière Canadienne* des textes juridiques qui ne s'appliquent pas chez-nous au Québec. Nous sommes une province française, ce n'est pas la *common Law* qui se plaide devant nos tribunaux civils. Ma critique ne vise pas à rejeter ces écrits, mais je les place sous réserve.

Il est temps de prendre en main individuellement notre statut de professionnel. De prendre la place qui nous revient et de faire valoir au public tout le potentiel que nous pouvons lui offrir dans le secteur de la santé.

Il ne faut pas s'attendre à ce que ce soit les autres qui valorisent et qui estiment notre profession. C'est avant tout à chacun de nous à nous respecter et à nous affirmer dans notre champ d'activité. Nous devons nous sentir engagé solidairement dans l'évolution de notre profession, nous préparer et nous ajuster en fonction des besoins futurs de santé.

Pour s'affirmer dans le secteur de la santé, le professionnel en soins infirmiers doit être en mesure d'assurer une compétence et de soutenir des opinions vraies et solides. C'est pourquoi la connaissance juridique qui m'apparaît déficitaire dans la formation actuelle devrait être corrigée par un cours obligatoire intitulé: *Information juridique en soins infirmiers*, d'une durée de 45 heures. Il serait donné par des professeurs en soins infirmiers. Pour une meilleure compréhension de l'étudiant, il se situerait vers la fin du cours universitaire ou collégial. Le cours serait présenté selon divers thèmes juridiques qui ont trait spécifiquement aux professionnels en soins infirmiers. Nous allons voir ensemble le contenu de ce cours proposé:

1. Notions générales.
2. Notions de droit professionnel.
3. Loi des infirmières et infirmiers de la province de Québec.
4. Notions générales du contrat de soins.
5. Notions de la responsabilité en soins infirmiers.
6. Notions du syndicalisme.
7. Notions sur les lois connexes à la profession.

1. Notions générales:

A) Sémiologie de termes juridiques.

B) Régimes existants en droit canadien: droit civil;
common law.

C) Organisation des tribunaux québécois: civil;
criminel;
administratif.

2. Notions de droit professionnel:

A) Explication générale du Code des professions;

but du code;
distinction entre professions d'exercice exclusif et professions à titre réservé;
articles pertinents.

B) Office des professions: définition;
constitution;
rôles ou fonctions.

C) Conseil interprofessionnel: définition;
historique;
constitution;
fonctions.

D) Tribunal des professions: constitution;
fonctions;
lien par rapport aux autres tribunaux.

E) Ordre des infirmières et infirmiers de la province de Québec:

explication de la structure;
bureau: la constitution;
les fonctions;
des secteurs:

a) Secteur de l'inspection professionnelle:

origine;
philosophie;
objectifs;
constitution (voir réglementation);

responsabilités;
critères d'évaluation;
pouvoir (recommandations).

b) Secteur de la discipline:

définition du comité de discipline;
composition;
syndicat (définition et fonctions);
nature des plaintes;
procédure pour porter plainte;
pouvoirs du comité (sanctions possibles);
défense du professionnel accusé;
connaissance de la réglementation;
étude de décisions disciplinaires.

c) Secteur de la formation professionnelle:

constitution;
fonctions;
pouvoirs;
implication de l'admission à l'exercice de la profession;
connaissance de la réglementation sur les stages de perfectionnement et limitation du droit de pratique.

d) Secteur de soins infirmiers:

buts;
philosophie;
objectifs;
organisation;
réalisations présentes (diaporama).

e) Secteur information et documentation:

bibliothèque;
service de prêt;
audio-visuel.

f) Secteur administratif:

comptabilité;
informatique;
statistiques.

F) Explication des diverses régions dans la province (sections).

3. Loi des infirmières et des infirmiers de la province de Québec:

A) Brève historique.

B) Dispositions générales de la loi.

C) Actes infirmiers: définition;
implication concrète.

D) La réglementation actuelle: assurance responsabilité;
Code de déontologie:
dispositions générales;
devoirs et obligations envers le public;
devoirs et obligations envers le client;
devoirs et obligations envers la profession;
autres règlements.

4. Notions générales du contrat de soins.

A) La notion de contrat.

B) Distinction par rapport aux autres contrats.

C) Éléments constituants un contrat (4): notion de consentement;
capacité.

D) Définition des "obligations".

E) Classification des "obligations": contractuelle;
quasi-contractuelle;
délictuelle.

F) Obligation découlant du contrat de soins: notion de compétence;
continuité des soins;
respect du Code d'éthique.

G) Objet des obligations: de moyens;
de résultats.

H) Droits et devoirs du client: Charte des droits du malade.

5. Notions de la responsabilité en soins infirmiers.

A) Notion de faute, dommage.

B) Les éléments nécessaires pour engager la responsabilité du professionnel.

C) Sortes de faute: seule;
commune;
solidaire.

Degré de la faute: lourde;
légère;
très légère.

D) Critères d'appréciation de la faute: selon un modèle abstrait;
selon un modèle concret.

E) Causes d'exonération: cas fortuit;
force majeure;
le fait d'un tiers;
manoeuvre "in extremis".

F) Modes de poursuite du client.

G) Le fardeau de la preuve.

H) La prescription.

I) La responsabilité civile de l'employeur.

J) La responsabilité du professeur en milieu clinique.

K) Étude de la jurisprudence québécoise.

L) Notion de "délégation" des actes.

6. Notion du syndicalisme.

A) Buts du syndicalisme.

B) Corrélation entre syndicalisme et professionnalisme.

C) Explication générale du Code du travail: maraudage;
"accréditation";
congédiement pour activité syndicale;

l'employeur vs. affaires
syndicales;
unité de négociation;
grève, lock-out, arbitrage
des différends;
piquetage: formes;
légalité;
tribunal du travail, Commissaire enquêteur, arbitre du grief.

D) Contrat individuel de travail, convention collective, louage de services professionnels.

E) Services essentiels.

F) Injonction.

7. Notions sur les lois connexes à la profession d'infirmière.

A) Loi de la protection de la jeunesse:

déclaration des droits de l'enfant;
définition du terme "enfant maltraité";
ampleur du problème (statistique);
les aspects psycho-socio-culturels du problème;
les présomptions;
principe de la déclaration obligatoire;
le professionnel en soins infirmiers au niveau dépistage et prévention.

B) Loi de la protection du malade mental.

distinction entre cure "fermée", "ouverte";
droits et recours du malade;
commission de révision;
protection des biens "curatelle".

C) Loi sur les services santé et les services sociaux.

Définitions: bénéficiaires;
C.L.S.C.;
centre hospitalier;
centre d'accueil;
centre de réadaptation fonctionnelle;
centre des Services sociaux;
famille d'accueil;
personnel clinique.

Droit aux services de santé: discrimination interdite;
liberté de choix;
composition du conseil d'un centre hospitalier;
direction des soins infirmiers;
organisation de l'enseignement;
ordonnances: médicaments autorisés;
téléphoniques, verbales;
permanentes;
validité.

Dossiers du bénéficiaire: continu;
notes;
accès;
conservation.

Visites, sécurité, Comité des bénéficiaires.

D) Loi sur la protection de la santé publique:

vaccination obligatoire;
santé d'une collectivité en danger;
maladies à déclaration obligatoire;

personne dont la vie est en danger;
déclaration de naissance et de décès.

E) Loi sur les aliments et les drogues.

F) Loi sur la santé et la sécurité au travail.

G) Charte des droits et des libertés de la personne.

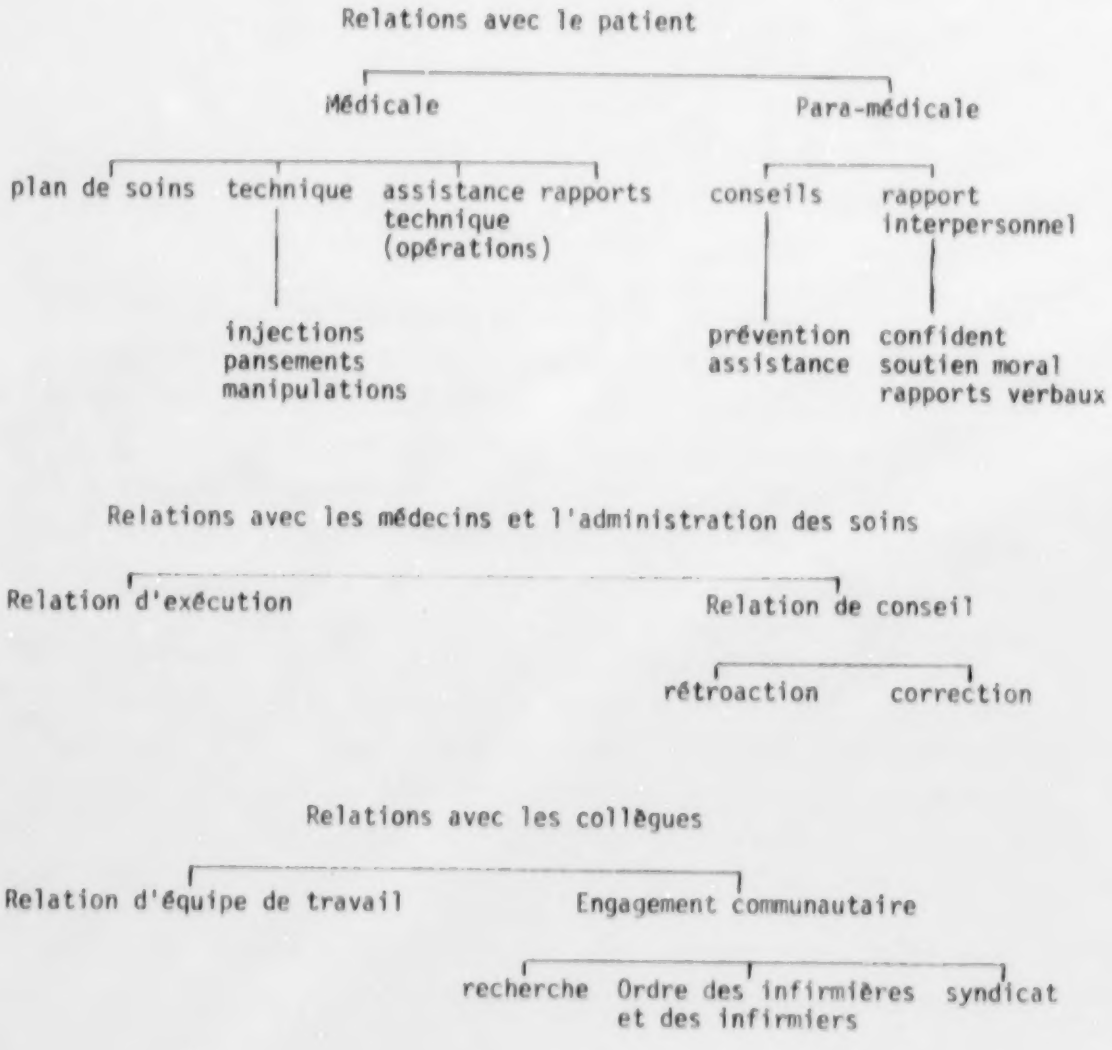
Or, cette différence de valorisation du travail particulier conduit à une non reconnaissance de la valeur des cours et des méthodes d'enseignement. En effet, dans la hiérarchie des moyens aux fins, les cours avec leur contenu et leurs méthodes d'évaluation n'ont de valeur qu'en fonction de la fin, le travail. Tandis que l'un verra dans la fonction d'infirmière et d'infirmier, un travail valorisant permettant à l'individu de se réaliser en partie, l'autre ne verra dans ce travail que la tâche de distributeur presque automatique de pilules, de pansements et d'injections en vue du salaire. Évidemment, l'étudiant qui perçoit ainsi sa fonction future admettra difficilement qu'un cours de trois ans avec tout ce qu'on y enseigne soit justifié pour atteindre cette fin. On comprend alors pourquoi on peut éprouver des difficultés à rejoindre tous les étudiants et qu'on les sente non motivés puisqu'ils ne perçoivent pas la fin visée.

Ce rapport moyen-fin, nous aide à comprendre une autre facette de la tâche professorale, celle des valeurs inscrites dans les programmes et, par conséquent, celle attribuée aux cours et aux méthodes pédagogiques. Ici, c'est la deuxième chaîne de pression qui est en cause, celle allant de l'étudiant au marché du travail. En effet, la valeur du programme, la valeur des cours et des méthodes dépendent du but dernier. Mais quel est-il en Techniques infirmières?

La réponse paraît évidente; faire des infirmières et des infirmiers compétents. Mais qu'est-ce qu'une infirmière et un infirmier compétent? Pour répondre à cette question, il faut donc savoir quelles fonctions ils exerceront sur le marché du travail. Je dis bien qu'ils exerceront parce que les conditions du marché changent avec la société. Ainsi, on ne peut pas se fier uniquement à ce qui se fait dans les hôpitaux à l'heure actuelle pour déterminer le programme. Bien sûr, il ne faut pas rêver et préparer l'étudiant à des fonctions qu'il n'exercera jamais. Or, quelles sont ces fonctions au niveau des soins infirmiers?

Je n'ai ni l'intention ni la prétention de vous fournir la réponse à cette question, les remarques qui suivent ont pour but de susciter la

réflexion sur ce point car sans une idée claire de cette fin visée l'infirmière et l'infirmier compétent, il est impossible de structurer un programme et un enseignement cohérent et fonctionnel. Pour procéder à l'élaboration du but visé, il faut donc inventorier les fonctions au niveau des soins infirmiers. Pour les fins de la discussion, je présente le tableau suivant:



Lorsque j'ai écrit ces lignes, je n'avais pas en main le Rapport de consultation intitulé: *Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière*, de Carmelle Dulong, publié en février 80. Dans ce rapport, on peut constater que la première étape, celle de la description des tâches de la fonction de l'infirmière est principalement franchie. Cependant, la réflexion sur le programme de formation est peu développée. D'une part, les fonctions sont présentées d'après un ordre qui répond à "une séquence naturelle et logique" (p. 2). On ne peut contester que les fonctions découlent les unes des autres, cependant l'ordre qu'on doit établir en fonction d'un programme est celui des valeurs. Le programme ne peut assurer de façon égale la formation sur tous ces points. Quelles tâches ou quelles parties de tâches doit-on retenir pour élaborer un programme d'enseignement? Qu'est-ce qui est le plus important? D'autre part, la recommandation du rapport visant un niveau d'enseignement universitaire pour les infirmières n'est pas clairement justifiée.

Avant de conclure sur un programme de formation adéquat, non seulement faut-il que l'inventaire des tâches soit complet mais encore il faut procéder à une hiérarchisation des fonctions. Qu'est-ce qui est premier? Deuxième? Y a-t-il des fonctions équivalentes? Une fois que le "concensus", toujours relatif d'ailleurs, est obtenu, on peut procéder à l'étude des cours, de leur nombre et des contenus à présenter afin d'assurer la réalisation de la fin. À chaque étape, le "concensus" ne peut être acquis qu'après discussion et confrontation des valeurs. En effet, il faut pouvoir justifier que ce contenu, pendant une session, est nécessaire pour atteindre l'objectif. Or la hiérarchisation des fonctions permet déjà celle des contenus. Tous les cours ne seront pas équivalents. Or ce n'est pas tout le monde qui admet que son cours puisse être secondaire dans la formation des étudiants. Il suffit de voir les discussions de département sur ce point.

C'est encore la visée de la fin qui permettra d'établir le bien-fondé du genre d'évaluation utilisée dans l'enseignement. Car que mesure-t-on que ce soit dans un cours ou à l'examen de l'Ordre? Mesure-t-on

réellement si l'étudiant a atteint l'objectif, le but visé? Ou bien un substitut du but, principalement axé sur l'acquisition de connaissances, la rétention du savoir?

Jusqu'à présent je n'ai considéré que le rapport moyen-fin au niveau de la seconde chaîne de pression, étudiant-professeur-Ordre et marché du travail. Cependant cet enseignement se situe dans une institution où il y a d'autres cours et c'est là que joue la troisième chaîne de pression: les autres départements. Ici entrent en conflit deux conceptions de l'enseignement collégial, les uns revendiquant la priorité de la formation professionnelle, les autres celle de l'individu. Face à une conception qui voudrait réduire l'enseignement collégial à la préparation au travail, il y a l'autre qui met de l'avant l'importance de la formation globale de l'individu qui va vivre dans une société. Or, cet étudiant qui se destine au marché du travail ne se réalisera pas uniquement par le travail. Comment est-il préparé à jouer un rôle dans la vie sociale? Au plan juridique, économique, politique et familial? Comment utilisera-t-il ses loisirs? Le cegep n'a-t-il aucun rôle à jouer à ce niveau?

Si le "concensus" se fait effectivement en principe autour de la reconnaissance de l'importance égale des deux dimensions au cegep, il n'en va pas ainsi en pratique. Bien que les cours soient cotés de façon à prévoir le nombre d'heures d'enseignement, de stages et de travaux hors classe, ces consignes ne sont pas toujours respectées. De plus, l'absence d'échéancier pour les travaux des étudiants conduit à une condensation des travaux à une même période. Dans ces conditions il y a empiètement des valeurs et l'étudiant doit trancher. Puisque son temps réservé à l'étude est limité, l'étudiant investira moins dans un cours et il n'en réalisera pas les objectifs, bien qu'il passe ce cours au niveau des notes.

Ainsi, l'élaboration du programme en Techniques infirmières, si elle se fait en vase clos, indépendamment d'une conception d'ensemble de la finalité de l'enseignement collégial, risque de créer des situations conflictuelles pour les étudiants et pour les collègues d'enseignement.

Il nous reste deux facettes à examiner dans ce survol des problèmes de l'éthique et de la tâche d'enseignement, ce sont: le conflit des valeurs et le rôle de masque qu'elles peuvent jouer. Quant aux conflits, cette dimension est omniprésente dès que les valeurs sont envisagées en rapport avec autrui. D'ailleurs l'étude des trois facettes antérieures a suffisamment montré les nombreux conflits des valeurs. Quand au rôle de masque il est lui aussi omniprésent aux valeurs, car dans la mesure où je choisis telle activité, je risque de prendre le moyen pour la fin, c'est-à-dire je risque toujours de m'arrêter au moyen et de justifier ce moyen par n'importe quelle fin. Par exemple, on a demandé à un père qui venait de brutaliser son enfant, pourquoi il avait fait cela. Sa réponse est simple: pour son bien! Dans la mesure où on refuse de considérer quels liens il y a entre l'acte proposé et sa finalité, donc dans la mesure où on n'essaie pas de fonder la valeur de nos actes, nous présentons ceux-ci comme s'ils étaient des choses en soi, hors de tout doute. "C'est pour ton bien" dit le père, "C'est pour ton bien" dit l'enseignant, "C'est pour le bien commun" dit le politicien. Or toutes ces valeurs, si on ne les examine pas plus que cela, si on n'établit pas la relation entre le moyen et la fin visée, cachent beaucoup plus qu'elles ne donnent de sens à l'action.

Comme on a pu le constater, la tâche professorale est très complexe en Techniques infirmières et cette complexité est celle de l'interaction des valeurs dans notre société autour de la grande valeur d'aujourd'hui, la santé. Mon but était de vous fournir quelques éléments de réflexion sur la tâche professorale et de soulever la question des valeurs autour de trois noyaux: celui de l'enseignement dans un collège rattaché à un ministère de l'Éducation, celui de l'étudiant qui arrive dans vos classes et qui se destine au marché du travail, enfin celui de votre enseignement en rapport avec celui de vos collègues.

Si le sujet est complexe, l'application pratique l'est encore plus. Or, là encore il s'agit de valeur. Dans la mesure où nous croyons qu'il y a une valeur à l'action d'améliorer le système d'enseignement et de

travailler pour vaincre les résistances, nous trouverons d'autres personnes qui partagent la même valeur. Ensemble, nous pouvons espérer atteindre cet objectif. Cependant, il ne faut pas être trop optimiste, ni trop pessimiste. Des colloques comme ceux-ci sont des lieux de ressourcement, ils nous aident à nous reconnaître. Cependant, l'envol n'est pas garanti. Il ne faut pas s'attendre à une place de première sur un vol supersonique. Je préfère plutôt penser aux pionniers de l'aviation, ceux qu'on appelait les "faucheurs de marguerite". En effet, ce surnom ils le méritaient bien, car les premiers vols n'étaient pas hauts. Entre rester sur terre et ne pas avancer et rêver d'atteindre immédiatement la lune, il fallait bien commencer par s'élever jusqu'à la hauteur des marguerites. Qui sait où, à la longue, notre envol nous mènera?

LES SOINS INFIRMIERS: PROFESSION SUICIDAIRE?

Michel Demers, directeur adjoint des soins infirmiers, secteur soins psychiatriques et soins prolongés, Centre hospitalier régional de Lanaudière; Hélène Lazure, professeur de soins infirmiers, Université de Montréal.

Avant d'aborder le coeur du sujet, je désire faire quelques mises au point, lesquelles je crois, aideront à préciser la nature d'un tel sujet et à bien le camper.

Depuis mon acceptation de m'impliquer sur ce thème, j'ai vécu beaucoup d'ambivalence, d'incertitude, de doute et de lourdeur. J'ai finalement surmonté cette difficulté en reconnaissant à travers une perspective quelque peu narcissique, que c'était là une excellente occasion de clarifier, de valider et d'organiser certaines constatations relatives à notre "manière d'être" infirmière et infirmier. En outre, tout en étant impressionné par le fait de m'adresser à des gens du monde de l'éducation, c'était aussi dire ma confiance à l'égard de l'enseignement des soins infirmiers comme lieu possible de changements pour la profession d'infirmière.

C'est donc sans aucune prétention et sans arrière-pensée que je désire partager avec vous ce matériel issu de lectures, de vécu, d'impressions et bien souvent d'intuitions; le tout recueilli à partir d'un point d'observation situé à la convergence de mes rôles de gestionnaire, de clinicien et de formateur que ma fonction m'amène à jouer dans le domaine des soins psychiatriques et prolongés.

1. Origine et limites. L'émergence du sujet remonte à la dernière assemblée annuelle des infirmières et infirmiers au cours de laquelle j'ai eu l'occasion d'intervenir sur des éléments du rapport Secor et de dire notamment: "...vous savez, face à tant de contradictions, il m'arrive d'avoir des fantaisies à l'effet que le nursing est une profession suicidaire". Plusieurs personnes ont alors apprécié cette intervention et se sont senties rejointes dans leur quotidien, d'autres ont été

intriguées et enfin certaines n'ont pas compris le sens de cette intervention. Ici, je pense particulièrement à la revue l'*Infirmière Canadienne* qui écrivait: "...même qu'une "intervenante" a laissé entendre que la profession allait au suicide".[1]

D'entrée, vous comprendrez donc que je désire dissiper toute équivoque. Il va de soi que la profession d'infirmière n'est pas appelée à disparaître; tant qu'il y aura des malades, il y aura des infirmières. Également, il n'est pas question de rejeter l'évolution de l'enseignement des soins infirmiers ni de mettre de côté l'avènement de l'acte infirmier qui nous donne droit de cité. Tous ces acquis sont d'une grande importance.

"Le nursing, une profession suicidaire" sous-tend que ma communication portera plutôt sur la vitalité de la personne de l'infirmière et de la collectivité des infirmières. Vitalité qui ne fait pas de doute mais qui est assaillie de bien des façons tant de l'extérieur qu'hélas parfois de l'intérieur. Or, s'assaillir de l'intérieur pourrait se qualifier d'attitude suicidaire découlant soit d'une piètre estime de soi, d'un manque de sécurité ou d'une certaine difficulté à se prendre en main individuellement et qui ferait que nous ayons recours à des solutions magiques.

Cependant, aborder le tout sous l'angle de ce concept par ailleurs très limitatif, offre peu d'espoir et n'englobe pas une réalité qui en fait est plus vaste, c'est-à-dire la crise d'identité que nous traversons.

2. Crise d'identité, crise de maturation. Relisant dernièrement le numéro spécial de *Nursing Québec* portant sur le congrès d'orientation des infirmières et des infirmiers, j'ai pu noter que plusieurs parmi nous, de même que de nombreux observateurs, qualifient justement la période que

[1] "Nouvelles", Infirmière Canadienne, janvier, 1980, p. 12.

nous traversons, de crise d'identité. Afin d'illustrer ceci, j'ai retenu quelques commentaires des mass-médias:

> "L'infirmière québécoise ressent un fort sentiment d'insécurité dans son rôle professionnel, rôle qu'elle a du mal d'ailleurs à définir..."[2]
>
> "En plein dans la vague professionnaliste et dans le tourbillon des changements qui ont transformé leur profession, les infirmières ont peine à clarifier leur rôle".[3]
>
> "Il y a un problème d'identité chez les infirmières et infirmiers au Québec qui éprouvent une certaine difficulté à définir clairement leur rôle professionnel".[4]

Sans chercher à savoir ce qui est premier, de la poule ou de l'oeuf, il n'en demeure pas moins que cette crise d'identité s'accompagne d'insécurité, de confusion, de dévalorisation et de contradictions. Dans ce contexte, nos énergies risquent de s'opposer, de se nuire, de se dédoubler ou tout simplement de s'annuler au lieu de faire synergie.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la toile de fond de cette crise en est une de maturation. Il devient évident que franchir adéquatement une telle étape et cela, individuellement et collectivement, n'est pas chose facile. Par ailleurs, c'est là une situation riche de possibilités et de croissance dans la mesure où un effort sera fait pour analyser notre vécu collectif et en tirer les enseignements qui s'imposent.

Dans cette optique, j'ai retenu quelques composantes "privilégiées" de cette crise qui refléteraient justement les assauts que nous nous portons.

Je n'ai pas ordonné ces éléments comme on le fait dans l'échafaudage d'une théorie, car les relations de cause à effet ne sont pas toujours

---

[2] O.I.I.Q., Nursing Québec, Édition spéciale, juillet, 1979, p. 2.
[3] Ibid, p. 3.
[4] Ibid, p. 9.

évidentes. Aussi, je vais vous les présenter un peu au hasard comme quelqu'un qui tirerait des fils d'un écheveau de laine tout entremêlé. Ces fils, je les appelle mes "à-propos" et ils sont au nombre de trois:

l'à-propos de notre estime de soi,

l'à-propos des solutions magiques,

l'à-propos de notre espace vital.

Peut-être en existe-t-il d'autres que vous pourriez mettre en évidence lors de la discussion.

3. Les à-propos.

a) A-propos de notre estime de soi. Le premier fil que je tire est celui de notre estime de soi. Chacun reconnaît que les membres d'un même groupe professionnel se doivent respect et confiance. C'est là un important indicateur de santé d'un groupe. Sous cet angle le rapport Secor, dans sa partie traitant du professionnalisme de l'infirmière, met en relief des données importantes.

L'auteur a demandé à chaque infirmière composant l'échantillon de situer sur un continuum "un peu - assez - beaucoup", la perception qu'elle avait d'elle-même dans ses contacts avec le malade. Chaque infirmière répondante devait également indiquer, de manière comparative, la perception qu'elle avait de l'infirmière en général, de l'infirmière-auxiliaire et du médecin dans ces mêmes dimensions.

Il ressort de cette étude que l'infirmière répondante se place personnellement d'une façon avantageuse sur le continuum. Puis vient à la suite l'infirmière-auxiliaire, l'infirmière et le médecin. Repris d'une façon caricaturale, deux mille infirmières se considèrent personnellement très habiles sur le plan humain. Cependant, ces mêmes infirmières disent

que l'infirmière-auxiliaire est plus enthousiaste, plus disponible, plus chaleureuse, plus dévouée, plus patiente, plus compréhensive et plus sympathique à l'égard du malade que ne l'est l'infirmière, sa consoeur.

Marcel Côté[5] faisait alors remarquer que:

> "Cette perception est d'autant plus surprenante que l'infirmière-auxiliaire a moins de prestige et de statut social que l'infirmière. Ces résultats pourraient aussi être interprétés comme un jugement sévère des infirmières sur leur profession".

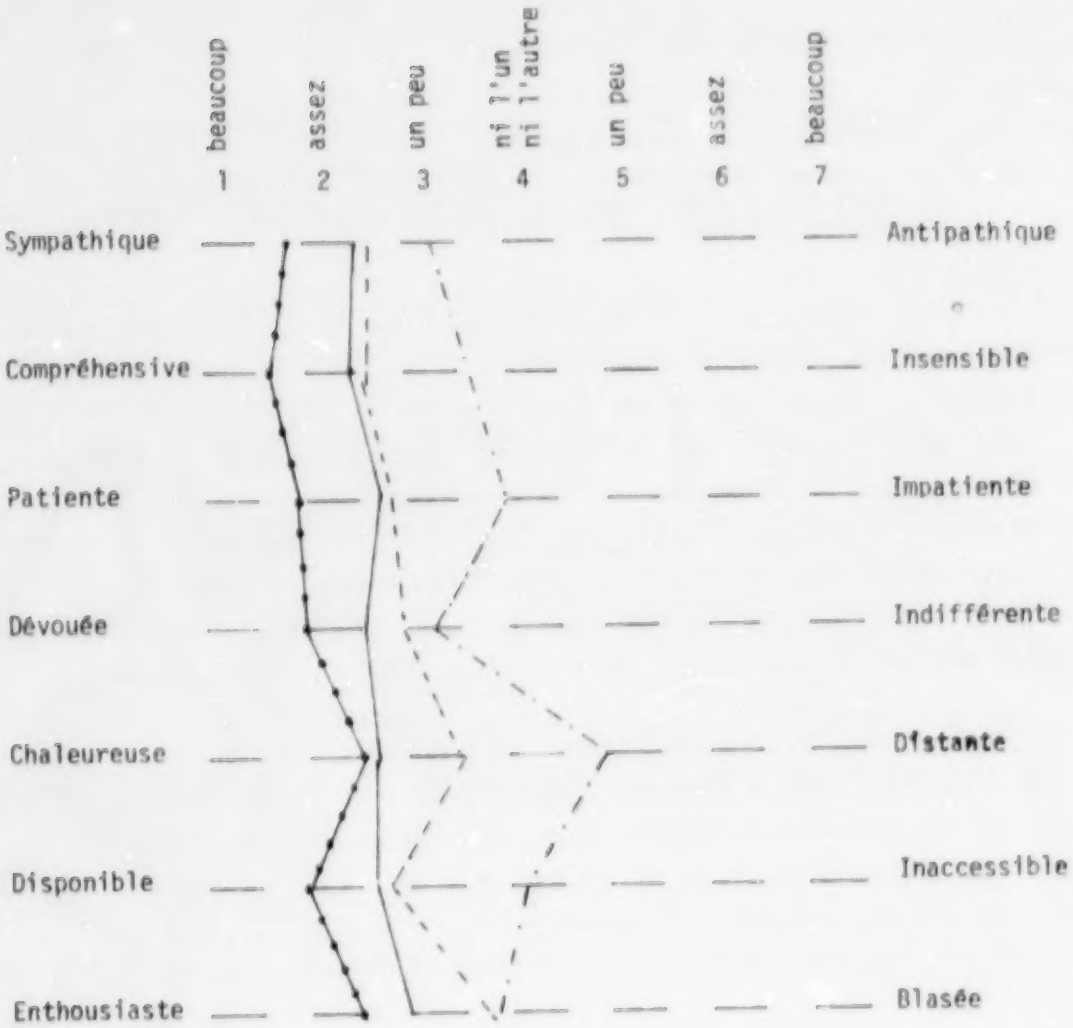
L'analyse des sous-groupes a également révélé que professeurs et cadres avaient une perception moins positive que les autres groupes d'infirmières. Est-ce que ces personnes auraient le même oeil critique si elles se retrouvaient dans le quotidien - au fil des jours - auprès des malades avec tout le cortège des admissions, des départs, des plans de soins, des situations-limites liées à la condition humaine, des examens à faire passer, des souffrances à écouter? Pour moi, on ne tiendra jamais assez compte de cette réalité du milieu et des forces du phénomène institutionnel.

Je voudrais également illustrer cette notion d'estime de soi à l'aide d'un vécu. Chacun sait que l'implantation du plan de soins infirmiers en milieu hospitalier, même si on en parle depuis longtemps, est un phénomène relativement récent et suppose un effort important pour l'élaborer, l'exécuter et l'évaluer. Malheureusement, il s'en trouve toujours pour dire que les plans de soins de telle unité ne sont pas bons, pas complets ou pas faits et cela, sans discernement. C'est alors perdre de vue *l'imposaible effort soutenu* que doit y consacrer l'équipe. Elle a droit à ses hauts et à ses creux de vague. C'est Laurent Gratton, psychiatre, qui a su mettre en évidence les "déprimes" vécues périodiquement par le personnel soignant, lesquelles exigent support plutôt que critique.

---

[5] Marcel Côté, Les infirmières et infirmiers québécois, Montréal, Secor, 1979, p. 43.

PERCEPTION DE L'INFIRMIÈRE DANS
SES CONTACTS AVEC LES MALADES.



L'infirmière, telle qu'elle se perçoit
Les infirmières en général.
Les infirmières-auxiliaires.
Les médecins.

J'ouvre donc une porte ici sur certaines questions qui pourraient être reprises en discussion: Pourquoi sommes-nous si exigeants pour nous-mêmes? Pourquoi nous dévalorisons-nous? Pourquoi sommes-nous peu tolérants à l'égard de l'autre? Pourquoi avons-nous de la difficulté à concilier notre idéal de soins avec la réalité de l'autre? Est-ce le fait de travailler avec les besoins du malade qui nous empêcherait de voir nos forces? Compte tenu des très grandes exigences de notre travail, est-ce possible d'apprendre à l'étudiant à récupérer, à se recharger au cours d'une journée? Est-il possible d'apprendre à prendre soin de soi?

Je voudrais donc terminer cet à-propos avec une citation de Chênevert qui situe l'estime de soi à un niveau privilégié de notre croissance.

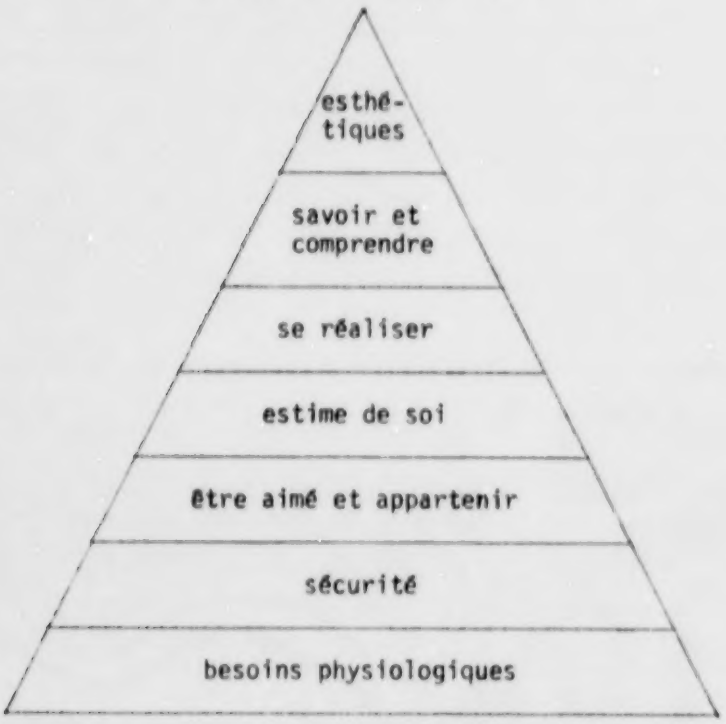
> "Nous femmes, particulièrement celles d'entre nous qui oeuvrent dans les professions de la santé, avons tellement tendance à s'occuper des autres, que nous perdons souvent contact avec nous-mêmes. Nous nous tenons en si piètre estime que cette qualité devient très instable et à la merci de ceux qui nous entourent à n'importe quel moment. Lorsqu'on nous demande qui nous sommes, nous ne savons pas nous définir sans regarder les autres. Chaque personne à qui nous posons la question, nous voit différemment. On se sent coincées au milieu d'une allée de miroirs déformants. Les diverses images qu'ils se font de nous se contredisent. Réalité ou réflexion? La distorsion est telle que c'est difficile à dire".[6]

D'ailleurs, cet auteur propose une représentation différente des besoins fondamentaux de la déjà traditionnelle pyramide de Maslow. Il s'agit d'un sablier dont le centre "l'estime de soi" apparaît difficile à atteindre. Lorsque ce besoin est atteint, il devient un tremplin à la réalisation de soi et il est difficile de descendre à un niveau inférieur. Contrairement à la pyramide de Maslow, par son extrémité pointue, l'actualisation de soi apparaît comme un besoin non limité, ouvert plutôt au potentiel de chacun.

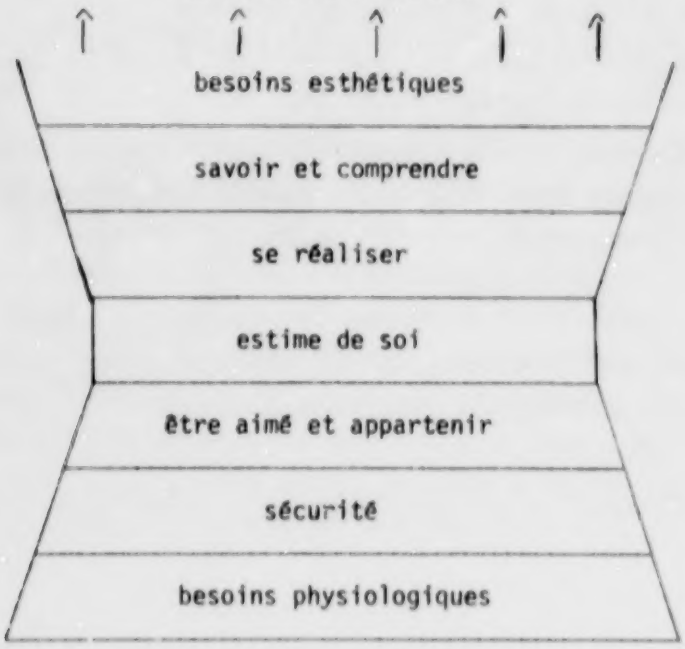
---

6 Mélodie Chênevert, L'affirmation de soi, St-Hyacinthe, Edisem, 1980, p. 48.

LES BESOINS FONDAMENTAUX



LA PYRAMIDE DE MASLOW



LE SABLIER DE CHÊNEVERT

b) A-propos des solutions magiques. Après de nombreuses hésitations, j'ai décidé d'appeler le second fil "à-propos des solutions magiques". Il aurait pu également porter comme titre "à-propos de notre insécurité", car c'est - je crois - notre insécurité, fondée ou non, qui nous amène à recourir aux solutions magiques. Je vais revenir au prochain thème sur cette notion d'insécurité. Je définis des solutions magiques comme étant l'utilisation de solutions bien souvent extérieures à soi et investies du pouvoir de régler des difficultés presque par enchantement. Ce faisant, nous nions des réalités et, par conséquent, nous nous privons de l'occasion d'intervenir sur ces réalités. Je voudrais ici donner quelques exemples de ce type de solutions.

Il y a déjà plus d'une dizaine d'années, le problème d'une définition des soins infirmiers ne se posait pas avec l'acuité d'aujourd'hui. Selon moi, c'était à cette époque un débat davantage livresque que pratique. Ceci a bien changé depuis. La recherche d'une certaine autonomie professionnelle et l'apparition de nouvelles disciplines dans le champ de la santé ont occasionné des changements de rôles et de rapports entre les "soignants".

C'est dans ce contexte de confusion et d'incertitude générées par ces changements qu'à la dernière assemblée annuelle des infirmières, des demandes ont été exprimées à l'O.I.I.Q., à l'effet d'élaborer et de donner un cadre conceptuel des soins infirmiers. Je suis d'accord avec le principe comme tel. Cependant, j'ai perçu cette demande comme étant pressante, astronomique et surtout comme étant la solution miracle à nos maux de place dans l'équipe "soignante", de définition des soins infirmiers et de délimitation des activités de l'infirmière.

Considérant les caractéristiques de cette demande, j'ai bien peur que plusieurs parmi nous ne soient déçus. D'une part, la "commande" pour ainsi dire est très grosse et je ne sais pas dans quelle mesure les permanents de l'O.I.I.Q. pourront la remplir, du moins à brève échéance; d'autre part, même s'ils y parvenaient, ce cadre conceptuel ne peut correspondre à la définition que chacun de nous s'en fait, compte tenu des niveaux

de formation différents dans notre profession: l'infirmière avec formation traditionnelle, l'infirmière en provenance des cours de recyclage, l'infirmière du cegep, l'infirmière du baccalauréat de base, l'infirmière avec maîtrise et doctorat et l'infirmière avec baccalauréat par addition de trois certificats. Devant autant de diversité, il faut bien admettre la réelle difficulté de tenir un langage commun. Enfin, et ceci est le plus important, même si chacun obtenait ce "modèle de soins infirmiers", ce dernier ne ferait pas automatiquement de l'infirmière une praticienne hors pair. Un modèle de soins infirmiers ne vaut que par la façon dont il sied à son utilisateur et que par la manière de faire un avec lui. Ceci ne peut s'acquérir que par l'effort et le travail personnel et non par magie.

Deux autres situations relatives aux solutions magiques me viennent à l'esprit. Il s'agit encore une fois du plan de soins et du rôle conféré au consultant infirmier auprès de l'équipe de soins infirmiers.

Trop souvent, du moins lors de la mise sur pied du plan de soins dans un milieu, l'infirmière a tendance à croire que cet instrument résoudra d'une façon automatique les difficultés de soins et de leadership auprès du personnel. J'ai déjà vu d'ailleurs, lors d'un colloque sur le sujet, des responsables de soins infirmiers demander de façon urgente des formulaires de plan de soins.

Le plan de soins ne demeure qu'un instrument, donc qu'une aide à la planification des soins. Le fait de l'utiliser ne donne pas à l'infirmière des habiletés pour mener à bien une entrevue avec un client; ni des habiletés pour composer adéquatement avec le processus de résolution de problèmes; ni des habiletés à l'animation d'une équipe de soins infirmiers ou multidisciplinaire et cela, tant au niveau de la direction des équipiers, de la répartition des tâches qu'à celui de l'évaluation des actes posés. Toutes ces qualités doivent être également requises. Qui plus est, l'existence et la qualité du plan de soins dépend de l'exigence quotidienne, sans cesse renouvelée, du contact et de la rencontre de

l'infirmière avec son patient. Il ne nous soustrait pas du défi de réellement rencontrer le patient; au contraire, il nous y convie.

Le dernier exemple est celui où le consultant infirmier intervient auprès d'une équipe de soins. Loin de prétendre que cette situation est réellement spécifique aux soins infirmiers, je trouve l'image du recours à la solution magique tellement évocatrice qu'elle vaut la peine d'être décrite. Habituellement, on fait appel au consultant lorsque surgit une difficulté de soins importante. Très souvent, lors de ses premiers contacts avec l'équipe, son rôle consistera à refuser de prendre le problème qu'on désire lui refiler et de faire sentir à l'équipe qu'il ne possède pas de solutions toutes faites. Il doit alors se démystifier auprès du groupe et aider ce dernier à mettre en branle ses propres ressources en vue de résoudre ou de vivre avec la difficulté.

Avant de clore cet à-propos, je voudrais laisser quelques questions portant à la réflexion. Lesquels parmi nous avons déjà espéré des solutions magiques? Dans quelles circonstances y avions-nous recours? Est-ce que le type d'unité de soins ou de situation-limite a une influence sur ce plan? Est-ce que la formation de l'infirmière entre en ligne de compte? Manque-t-on de confiance dans nos possibilités? Est-il possible d'apprendre à l'étudiante à utiliser ses propres ressources créatrices et à faire preuve d'initiative ?

c) À-propos de notre espace vital. Le troisième à-propos que je désire développer est celui de notre espace vital. Cette terminologie me plaît du fait que notre espace vital peut à la fois se situer à l'extérieur et à l'intérieur de soi. C'est ici qu'il sera question de notre champ d'exercice exclusif.

Le concept de champ d'exercice exclusif porte à controverses depuis longtemps. Les commentaires du quotidien et les échanges sur le sujet lors du congrès d'orientation indiquent que, tout en acceptant l'aspect théorique du champ d'exercice exclusif, au moins une infirmière sur deux

croit que cette exclusivité de notre pratique ne se vérifie pas dans la réalité de tous les jours. L'étude du rapport Secor sur le sujet le confirme d'ailleurs:

> "...l'enquête nous permet de constater l'ambiguïté et les divergences d'opinions importantes dans la conception du rôle d'infirmière et l'attribution des tâches qui sont de son ressort professionnel. Il y a des différences importantes entre ce qu'on conçoit comme devant être le champ d'exercice et la réalité quotidienne".[7]

Face à tant de confusion trop souvent génératrice d'insécurité, d'impuissance, d'insatisfaction, de dévalorisation, voire même d'hostilité, je crois qu'il vaut la peine de tenter d'en trouver les causes et d'en dégager les éléments-clés. Au préalable, je voudrais ouvrir une parenthèse et mentionner que cet inventaire des causes possibles est en fait une extrapolation et que, par conséquent, je risque de passer à côté de certaines réalités ou d'en oublier. Néanmoins, je crois le matériel suffisamment valable pour se prêter à la discussion et à la critique.

1. La première cause explicative de cette confusion pourrait être reliée à l'avènement quand même soudain, de notre acte infirmier. Plusieurs parmi nous se souviendront du temps où le médecin prescrivait au protocole postopératoire, les soins infirmiers à donner. Puis du jour au lendemain, nous nous retrouvions dans l'obligation de composer adéquatement avec la fonction indépendante de notre exercice et de décider des soins à donner. D'ailleurs, je ne suis pas convaincu que la période de transition soit terminée.

2. J'ai appelé la seconde cause, les séquelles de notre peur collective. Vous vous rappelez certainement l'épopée (d'ailleurs nécessaire) créée par les actes médicaux que nous avons refusé de poser à cause de l'absence de couverture légale. Et bien, encore dernièrement, j'ai eu l'occasion

---

[7] Marcel Côté, Les infirmières et infirmiers québécois, Montréal, Secor, 1979, p. 86.

de rencontrer des infirmières qui croyaient que faire une injection intraveineuse n'était pas de leurs responsabilités. Je me demande d'ailleurs s'il n'y aurait pas un lien entre cela et l'avènement de para-médics.

3. Un autre élément possible est le fait que l'acte infirmier s'adresse indifféremment à toutes les catégories d'infirmières. Par exemple, je songe à cette jeune graduée du collégial qui, en vertu de l'acte infirmier doit, par exemple, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire et à qui on demande de préparer et d'animer un cours sur la sexualité auprès des étudiants du secondaire.

4. Une quatrième cause de confusion pourrait être imputable à l'avènement de nouvelles disciplines qui tentent également de se tailler une place au soleil. Ce faisant, elles envahissent notre champ de pratique, nous obligent à nous définir et à ne pas reculer sur nos positions, mais à envisager le travail sous une forme de collégialité. Je pense notamment aux professions suivantes: le physiothérapeute qui vient de plus en plus à l'unité de soins, la diététicienne qui fait de l'enseignement aux malades, la technicienne en diététique qui vient aider le patient à choisir son repas, l'éducateur spécialisé qui organise des loisirs, le psychologue qui vit de plus en plus au département et le travailleur social qui, comme l'infirmière, s'intéresse à la famille. Et j'en oublie j'en suis sûr! Vous imaginez la dose de sécurité intérieure nécessaire pour oeuvrer dans un tel contexte!

5. Enfin, une dernière cause est notre propre exclusion du champ de la pratique des soins infirmiers. Je suis toujours surpris de constater que certaines infirmières ne veulent pas aborder avec un malade un moment de vie difficile, un sentiment ou une réaction d'urgence, sous prétexte que ceci n'est pas leur travail et qu'elles ne veulent pas s'immiscer dans l'intimité du malade. Ce faisant, c'est agir de façon irresponsable face à l'ensemble des infirmières parce qu'elles laissent croire à d'autres qu'elles ne sont pas en mesure d'assumer leurs responsabilités. Agir de

façon professionnelle, c'est bien se mêler des affaires de l'autre puisque c'est pour cela qu'il est là.

En résumé, nous pouvons constater qu'il existe des fondements quant à la confusion vécue par rapport à notre espace vital. Il y aurait peut-être lieu qu'un débroussaillement légal soit fait, économisant par le fait même nos énergies, lesquelles pourraient être réinvesties au développement d'une sécurité intérieure qui saurait nous aider à nous définir adéquatement au sein de l'équipe de soins. Cette aptitude ou cette capacité de développer une sécurité interne sera dans le futur d'une valeur inestimable puisque, comme le souligne l'auteur du rapport Secor: "*La professionnalisation croissante de la société moderne, qui s'accompagne paradoxalement de l'écroulement progressif des barrières interdisciplinaires, aura une influence profonde sur le nursing*".

Par conséquent, il y a lieu de se demander: Qu'est-ce que les professeurs peuvent faire pour aider l'étudiante à acquérir cette sécurité intérieure? Comment les professeurs peuvent-ils aider les étudiantes à s'affirmer à l'intérieur des équipes de soins? Comment leur apprendre à assumer le poids de leur affirmation de soi et de leur autonomie? Peut-on continuer encore des années à demander à l'infirmière du collégial la même chose qu'à celle qui vient de l'université?

En terminant, j'aimerais vous citer encore une fois le rapport Secor:

> "Dans toute profession, les professeurs jouent un rôle fondamental par rapport à l'émergence des valeurs professionnelles. Dans le contexte d'une évolution future de la profession d'infirmière, il y aurait peut-être lieu de s'interroger sur la contribution des professeurs de nursing au Québec au façonnement des attitudes des infirmières. Sans une consolidation des attitudes professionnelles venant de ces maîtres à penser de la profession, il sera plus difficile de concevoir une revalorisation du rôle de l'infirmière".[8]

---

[8] Marcel Côté, Les infirmières et infirmiers québécois, Montréal, Secor, 1979, p. 86.

ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE ON ME "BIOLOGISE", ME "PSYCHOLOGISE", ME "SOCIOLOGISE" ET... MAIS APRÈS...QUI SUIS-JE?

Équipe multidisciplinaire du collège de Maisonneuve: Luce Goulet-Côté, professeur de soins infirmiers; Paul Doyon, professeur de psychologie; France Hubert, professeur de sociologie; Raymond Lachance, professeur de philosophie; Laurent Pellerin, professeur de biologie et des étudiantes.

Trois rencontres préliminaires ont eu lieu entre les "panellistes", afin de clarifier l'orientation de l'atelier. Le mardi et le mercredi 4 et 5 juin, plus de soixante-quatre personnes y ont participé tels que étudiants, professeurs en soins infirmiers et autres disciplines générales, administrateurs d'hôpitaux et de cegep, infirmières, etc.

La question de base de cet atelier se formulait ainsi: Est-ce qu'il y a un défi à relever lorsque, en tant que professeurs d'une discipline connexe, on enseigne aux étudiants de T.I.N.?

Des "sous-questions" ont été lancées, à savoir:

Qu'est-ce que cela vient faire à la formation de base?

Quel est le sens de ces disciplines?

Est-ce que cela concourt à donner une différence par rapport à l'ancienne formation?

D'après l'optique des soins infirmiers, quelques constats ont été précisés dans le but d'éclaircir certaines causes de ces différences. Pour n'en citer que quelques-unes, les principales différences du "grand dérangement" qu'a été la formation du cegep se situent au niveau des valeurs:

1. Les réalités qui entourent la formation semblent souvent mal comprises de l'intérieur du collège, tant par les administrateurs que par les autres professeurs.

2. Les attentes du milieu hospitalier sont restées les "mêmes", car les hôpitaux sont encore friands de personnes expérimentées, même si le temps consacré à la répétition n'existe plus dans la formation.

3. L'étudiant même est différent. Il travaille à l'extérieur, il est préoccupé par d'autres intérêts et non uniquement par ceux des soins infirmiers. Il a développé aussi un esprit critique.

D'autres constats quand à la réalité du monde hospitalier ont été apportés par les administrateurs des hôpitaux ou encore par des étudiants qui viennent à peine de terminer et puis, par le personnel des hôpitaux. Pour en résumer quelques-uns, mentionnons:

1. Le milieu hospitalier n'offre aucune formation au niveau des fonctions et des tâches; il ne consacre pas assez de temps pour faciliter l'adaptation des nouvelles diplômées.

2. L'éducation a trop évolué par rapport à ce que le milieu hospitalier peut offrir. Il est resté monastique.

3. L'étudiant n'a pas la capacité expérimentale et émotive suffisante pour faire face aux structures de pouvoir qu'est le monde hospitalier.

4. S'il était possible de faire une recommandation, cela serait que le milieu hospitalier s'ouvre davantage.

5. L'association des hôpitaux avait signé une entente avec les cegeps afin de donner aux nouvelles graduées une orientation d'une année de jour, de soir et de nuit; on n'en a jamais entendu parler depuis dix ans.

Les "panellistes" ont ajouté des commentaires quant au défi à relever. Pour les résumer, mentionnons:

Pour la philosophie: s'il y a défi à relever, cela tient à ce que l'étudiant en technique (et ceci est valable pour tous les étudiants des différentes techniques):

1. se sent agressé;

2. est confronté à une urgence parce qu'ils ont tous en commun le sens de la réalité;

3. est résistant aux changements.

Il est donc essentiel pour tout professeur enseignant des techniques, de tendre à développer des attitudes qui seraient:

le sens critique;

le sens de l'évolution-souplesse;

le sens de la relativité des choses;

le sens de la complexité des choses;

le sens de la finesse.

Pour la biologie: le défi est identifié à une question de rétention (depuis la rétention jusqu'à l'application). Il faut, selon eux, se questionner sur le sens même du programme provincial, car il semble inadmissible d'enseigner le même cours de biologie à neuf programmes différents.

Le défi repose aussi sur des bases pédagogiques: comment enseigner la

biologie à l'étudiant, sans qu'il considère le professeur comme détenteur du monopole de la vérité, mais plutôt lui apprendre à aller chercher ce dont il a besoin.

Les relations entre les professeurs de T.I N. et de biologie devraient être plus étroites, afin d'en arriver à utiliser un vocabulaire commun.

En bref, tout repose sur une question:

de méthode;

d'intégration;

de concertation.

Peut-on composer avec un trop plein de discontinuité et un trop plein de charge pour l'étudiant?

Pour la sociologie: le défi se situe autour des difficultés à faire travailler les étudiants au niveau de la conceptualisation. De plus, les généralistes le situent dans un système de transformation sociale, car il ne sert à rien de former des gens qui obéissent à un moule quand ils ont à s'ajuster à un monde en évolution. On donne à l'étudiant beaucoup de bagages en pensant qu'ils vont l'utiliser dans l'avenir, mais à seize ans le modèle est à bâtir: c'est pourquoi l'étudiant a tendance à rejeter les matières enseignées car les professeurs ne véhiculent pas le modèle qu'ils veulent.

Il n'y a pas de recette miracle. L'évolution même du professeur est dépendante de la structure même du cegep et à ce chapitre tout est à recommencer, puisque l'analyse du monde du cegep n'a pas encore été faite.

Pour la psychologie: le défi en psychologie est facile à relever car l'étudiant a un appétit véritable pour cette discipline. Il ne sent plus l'utilité de façon immédiate. Il existe aussi au sein de cette discipline une difficulté d'ordre conceptuel pour l'étudiant. L'approche multidisciplinaire est valable dans la mesure où l'étudiant est capable de se l'approprier. Il est difficile pour le professeur, de mesurer ce que l'étudiant intègre; si on considère son âge actuel, il le fera facilement en fonction de son vécu. Il comprend dans la mesure où il a vécu certaines expériences. Il est confronté entre son savoir être et son savoir-faire.

Si les professeurs de l'équipe multidisciplinaire vivent certaines difficultés, ils sont tous convaincus et à juste titre, de transmettre un enseignement de type général qui sera utile à long terme.

Il n'en demeure pas moins qu'il revient au professeur en soins infirmiers de supporter la difficulté d'établir la jonction entre les utilisations immédiates de ces notions données par les professeurs des autres disciplines et l'employeur des hôpitaux qui veut, à la fin, un produit "fini", un produit qui a intégré certaines connaissances et qui est capable de le démontrer.

C'est le professeur de soins infirmiers qui a à garder une place de première ligne dans le champ de la concentration et qui a à faire le tri entre les différentes expériences que les étudiants ont reçues.

C'est lui qui supporte l'odieux de remettre l'étudiant dans une vision immédiate et réaliste; qui a à dégager le trop plein de sa charge de travail; qui a à faciliter l'adaptation au milieu hospitalier et qui a à aider l'étudiant à vivre son savoir-faire.

Une participante à cet atelier qui a gradué au cegep il y a dix ans et qui, depuis ces quatre dernières années, enseigne les soins infirmiers nous disait: "Cela m'a pris quatre ans avant de réaliser que

la formation que j'avais reçue, m'aidait à avoir une vision du client qui m'est propre. J'ai mis ce temps à réaliser que je pouvais transformer le milieu d'une façon discrète et peu fracassante, mais que moi j'avais reçu une formation différente des infirmières qui m'entouraient."

Un employeur nous disait: "La cégépienne a reçu une formation équivalente à celle donnée au baccalauréat de base; mais pour les deux, la difficulté réside à s'ajuster au milieu et à maîtriser les techniques."

Les professeurs en général attendent des professeurs en soins infirmiers une clarification de leurs attentes et de leurs objectifs. Il est difficile de la réaliser entre nous, car nous n'avons pas une formation monolithique et nous sommes actuellement centrées sur la reconquête de notre identité en soins infirmiers, vers une conceptualisation plus unifiée et vers un rôle plus précis. Nous espérons que le nouveau programme nous apportera les jalons utiles à cette réalisation et qu'il précisera les niveaux de la formation, ainsi que les attentes encourues par cette formation.

Achevé d'imprimer à
Québec en janvier 1981, sur
les presses du Service des impressions en régie
du Ministère des Communications
du Québec

Gouvernement du Québec
Ministère des Communications
Service des impressions en régie

Janvier 1981

BIBLIOGRAPHIE

Beaudoin, Jean-Louis, "La responsabilité civile délictuelle".

Beaudoin, Jean-Louis, "La responsabilité civile et pénale de l'employeur résultant de la violation des lois professionnelles", Extrait de la revue du Barreau, mars-avril 1976.

Bernadot, Alain, "La responsabilité civile de l'infirmière", 1972, 3 R.D.U.S.

Bernadot, Kouri, Robert, "La responsabilité civile de l'équipe médicale", 1974, 34 R. du B.

Boucher et les autres, "Responsabilité hospitalière", 1974, Cahier de Droit, vol. 15.

Brunhes, Jean, "Accidents thérapeutiques et responsabilités", 1970.

Crépeau, P.A., "La responsabilité civile et hospitalière; évolution récente du droit québécois", 1968, 2 cahiers Futura-Santé.

Gingras, Gustave et Vallières, Joseph, "Responsabilité et obligations concernant le soin des malades", Montréal, Éditions Intermonde, 1970.

Kramer, "Medical Aspects of negligence cases", Practising Law Institute, 1970.

Waltz, Inbau, "Medical Jurisprudence", 1971, MacMillan.

L'ÉTUDIANTE DES TECHNIQUES INFIRMIÈRES EST-ELLE LIBRE DE "S'AUTO-FORMER" ET DE "S'AUTO-ÉVALUER"?

Gladys Marcon, professeur de soins infirmiers, Collège de Limoilou.

J'ai accepté d'être avec vous aujourd'hui en tant qu'être à quatre facettes, c'est-à-dire comme femme, infirmière, éducatrice et auteur d'un cahier de stage que vous connaissez peut-être pour l'avoir déjà utilisé. C'est à travers ces différentes façons d'être que j'essaierai, au cours de cet exposé, de vous exprimer mes préoccupations et mes vues sur l'évolution du monde actuel qu'il soit malade ou en santé, de même que mes espérances face à ce monde en mutation. Oser dire que l'on doit changer si l'on veut que la terre se remette à tourner.

En 1976, un changement fut proposé concernant la façon d'évaluer l'étudiante infirmière durant son stage clinique. Au moment de l'expérimentation, ce changement parut difficile à certains enseignants.

Cette méthode qui fixait les objectifs, qui définissait les situations d'apprentissage et qui s'articulait sur la prise en charge par l'étudiante, créa une difficulté chez les enseignants. Certains exprimèrent leurs craintes devant une éventualité de changement de rôle.

Pourtant, cette méthode visait une évaluation objective des changements intervenus au niveau des domaines d'apprentissage. Elle visait à corriger certaines injustices causées par l'évaluation subjective. Nous avions connu par les années passées, la fragilité et l'inconstance de cette méthode. Nous ne voulions plus évaluer les défaillances et les plus petits gestes à cause du blâme qui revenait constamment sur l'étudiante: son inconstance à la perfection.

Avec cette méthode nouvelle, l'enseignant ne demande plus à la jeune fille de dix-huit ans: "Où est ta maturité?" Et à l'élève de première année: "Où est ta compétence?" Les principes directeurs de cette démarche étaient que si l'élève apprenait à s'auto-former et à

s'auto-évaluer dès le début du programme, elle pourrait poursuivre à travers d'autres approches pédagogiques. Nous pensions que l'étudiante deviendrait responsable après avoir connu l'expérience de la responsabilité, et qu'elle deviendrait plus libre après avoir vécu l'expérience de la liberté, quoique la liberté n'était pas perçue comme un but et un achèvement. Cependant nous reconnaissons que pour apprendre, l'étudiante devrait être libre et vouloir. C'est pour cette raison que le cahier devait être remis à l'élève avant le stage: pour qu'elle l'étudie, le comprenne et l'accepte.

Nous demeurions convaincus que, si nous plantions une semence et si nous lui permettions de croître, elle satisferait le besoin. N'est-ce pas "Qu'un besoin est un désir de développement de la vie"?

Cette méthode mettait en lumière les connaissances et les comportements souhaités. Elle centrait l'attention de l'élève sur l'activité d'apprentissage à vivre plutôt que sur l'autorité que représente le professeur. Cependant, cette démarche exigeait du professeur une souplesse, une ouverture et une foi en l'autre; une capacité de créer un climat de chaleur émotionnelle qui engendre la communication. Par sa capacité d'aimer et de donner, le professeur inviterait l'autre à aller au seuil de son propre esprit, de sa propre essence. "Quand on aime, n'est-ce pas plaisir de céder son miel à l'abeille, car pour l'abeille une fleur est une source de vie et pour la fleur, une abeille est une messagère d'amour et pour les deux, abeille et fleur, donner et recevoir le plaisir sont un besoin et une extase". Tout en reconnaissant que l'on ne peut qu'essayer de montrer le chemin puisque l'autre demeure libre d'étendre sa vision que se soit de la vie, de l'amour, des êtres et des choses.

Qu'en est-il maintenant de cette démarche? A-t-elle atteint les buts proposés, c'est-à-dire la prise en charge par l'étudiante de son évaluation? Nous fournit-elle une mesure objective des résultats, sachant que l'essentiel n'est pas mesurable parce qu'invisible?

Avons-nous centré notre attention sur "l'instruction qui est de former l'esprit de quelqu'un par des leçons, des connaissances" ou, avons-nous fixé notre intérêt sur "l'éducation qui est le développement des facultés physiques, intellectuelles et morales"? À la réflexion, cette expérience fut pour moi un premier pas, mais comment plus audacieux devrait être le suivant. Le pas à franchir n'est pas tant dans la démarche que dans le contenu.

Maria Revilla dans "*l'Infirmière Canadienne*" du mois de mars fait mention, "de la difficulté pour l'infirmière professionnelle d'appliquer ses connaissances concernant les besoins de l'individu, l'infirmière étant submergée par la multitude de classifications et de théories auxquelles elle est censée avoir recours..." Et pourtant, l'urgence est si grande d'aller au coeur de la maladie si nous voulons qu'elle lâche prise.

L'infirmière qui exprime la vie, la santé, l'équilibre, sait que l'homme se fait et se défait lui-même. Que dans l'arsenal des pensées, il forge les armes par lesquelles il se détruit tout comme il façonne les outils avec lesquels il se bâtit des maisons de joie, de force et de paix. Elle sait aussi que l'homme fait partie d'un tout, le cosmos, et qu'il doit répondre à des lois au risque de perdre cette unité, cette harmonie avec lui-même et ce qui l'entoure. Que l'homme soit maître chez lui, à condition d'avoir un psychisme épuré puisque ce dernier est l'élément directeur de la pensée et qu'un psychisme positif est le remède le plus sûr pour guérir toutes les maladies. Que toute idée pensée ou exprimée devient une graine, que cette graine maintenue dans la pensée va se matérialiser ultérieurement sous forme physique. Si je pense maladie, mon psychisme appellera ce qu'il demande, d'où l'importance d'éviter les désordres en rétractant immédiatement les pensées correspondantes, afin de ne pas permettre aux vibrations de se fixer sur les cellules cérébrales. Le cerveau régit tout.

Chaque organe vital est relié au cerveau par des groupes de

l'instinct de mort, nous devrions désormais mettre l'accent sur les valeurs féminines si nous voulons survivre. Pourquoi la femme? Parce que la femme participe profondément à l'instinct de vie: elle est du côté des enfants, de la nature, des autres, des animaux, des plantes et des choses... Nous devrons nous ouvrir au principe féminin et lui permettre de s'exprimer à tous les niveaux, de s'infiltrer comme l'eau dans le tissu social, afin d'atteindre les individus en profondeur et de modifier les attitudes. Nous devrions libérer notre propre principe féminin au point qu'il serve les autres".

Je crois que plus tôt nous reconnaîtrons qu'il appartient à chacun d'épanouir sa vie, de l'exprimer et de la rayonner à partir de son propre centre vital, plus tôt nous nous engagerons dans le changement qui est de contrer la guerre, la misère et la haine en opposant la vie, l'amour et la paix.

Il ne suffit plus d'en rêver, encore faut-il se mettre à aimer.

BIBLIOGRAPHIE

Aivanhov, Omraam, Mikhaël, Oeuvres complètes, France, Éditions Prosveta.

Allen, James, L'homme est le reflet de ses pensées, Un monde différent, Montréal, 1978.

Austin, Lou, Le petit moi et le grand moi, Paris, Éditions Astra, 1957.

Desjardins, Arnaud, Les chemins de la sagesse, Paris, La table ronde, 1972.

Emmanuel, R., Réconciliation avec la vie, Paris, Dervy-Livre, 1971;
L'homme face au fantastique, Paris, Dervy-Livre, 1977.

Gibran, Khalil, Le prophète, Belgique, Casterman, 1971.

Languirand, Jacques, Mater Materia, Montréal, Les Éditions Minos, 1980.

Mandino, Og., Le plus grand secret du monde, Un monde différent, Montréal, 1979;
Le plus grand miracle du monde, Un monde différent, Montréal, 1979.

Murphy, Joseph, L'énergie cosmique, cette puissance qui est en vous, Paris, Éditions Dangles, 1976.

Revilla, Marie, "Une conception intégrée des besoins", Infirmière Canadienne, mars 1980.

Sergerie, Adéla T., Réactions de l'organisme à la pensée de l'homme, Montréal, Éditions L'Association des chercheurs en sciences cosmiques du Québec Inc.;
La direction de la pensée, Montréal, Éditions L'Association des chercheurs en sciences cosmiques du Québec Inc., 1979.

Spalding, Baird T., La vie des maîtres, Paris, Robert Laffont, 1979.

N.B. "Visionnement" de diapositives démontrant les réactions de l'organisme à la pensée de l'homme. Adéla T. Sergerie.

NE DEVIENT PAS INFIRMIÈRE QUI VEUT EN PRATIQUE PRIVÉE

Louise Fontaine, conseiller, secteur nursing, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; psychothérapeute d'orientation analytique.

Lors de la préparation de ce colloque, les responsables m'ont demandé de faire un exposé traitant de la pratique privée et des conséquences possibles pour la formation des infirmières ou des infirmiers.

J'ai accepté l'invitation, non en tant que conseiller au secteur des soins infirmiers de l'Ordre, mais bien en tant que psychothérapeute qui, depuis trois ans et demi tente, autant que faire se peut, de maintenir et de promouvoir ma pratique indépendante.

Aujourd'hui donc, il nous est donné l'occasion de réfléchir sur le choix que certaines infirmières ou infirmiers font en regard d'une pratique privée, sur les exigences intimement reliées à ce choix, sur les difficultés rencontrées ainsi que sur une vue prospective de la réalisation de la profession dans un cadre privé.

1. LES SOINS INFIRMIERS VÉCUS DE L'INTÉRIEUR .

Avant de s'attarder à la pratique privée en soi, il apparaît important de situer ce qu'est la profession et de voir la qualité même du service qui est offert à la collectivité.

La nature des soins infirmiers suppose une approche individualisée avec la personne qui demande un service de santé. Nous sommes alors confrontés à de grands concepts qui orientent notre action. Que l'on mentionne, pour une meilleure compréhension, le concept de l'individualisation de la relation ou encore le concept de l'intériorisation de sa profession ou enfin les concepts de service en rapport avec la santé.

A. L'individualisation de la relation.

Individualiser une relation sous-tend une relation interpersonnelle égalitaire où deux êtres se rencontrent et dont l'expression verbale ou non verbale exprime réellement l'expérience de vie des individus. Plutôt que d'établir une relation de pouvoir où l'infirmière domine le bénéficiaire par son "HAUT-SAVOIR" et maintient alors une relation qui se situe strictement au niveau intellectuel, la relation individualisée s'adresse au niveau du vécu tout entier. C'est par une relation individuelle significative que l'infirmière ou l'infirmier peut faciliter, chez l'individu, la prise en charge de sa santé.

La réalisation d'une telle relation est efficace en autant que l'infirmière ou que l'infirmier ait accès à son expérience intérieure immédiate et qu'elle ou qu'il soit capable de transposer ses connaissances théoriques dans la pratique et au profit d'une plus grande prise de conscience, chez l'individu, de son expérience personnelle de sa santé.

Cette relation individualisée suppose donc la connaissance de soi et un certain degré d'autonomie personnelle et professionnelle. Devenir autonome implique, pour l'individu, les processus d'individualisation et d'évolution qui s'inscrivent dans le mouvement même de l'affirmation de soi, c'est-à-dire d'être distinct, individualisé, incomparable et libre.

B. Intériorisation de sa profession.

La capacité d'être autonome se vit tant sur les plans personnel que professionnel. Nulle infirmière ou nul infirmier ne peut se considérer autonome si elle ou s'il n'a d'abord intériorisé sa profession, c'est-à-dire adopté librement et volontairement une pensée en soins infirmiers.

C'est seulement après avoir fait un choix réfléchi d'adhérer aux soins infirmiers que l'infirmière ou l'infirmier exerce *sa* profession plutôt qu'*une* profession. Cette capacité de faire des choix exige nécessairement une ouverture à son monde intérieur qui permet alors de considérer les soins infirmiers comme un projet personnel permettant une plus grande actualisation professionnelle.

C. Le service en rapport avec la santé.

Après avoir choisi d'adhérer à une profession, encore faut-il s'attarder à la spécificité du service rendu à la population. La nature du service des soins infirmiers se rapporte directement au maintien, à la promotion et au recouvrement de la santé de l'individu dans sa famille, son milieu de travail, sa communauté et la collectivité.

A ce point-ci de la réflexion, l'on peut constater les difficultés d'offrir un service de soins infirmiers adéquat dans le cadre d'un milieu institutionnel. Après avoir intériorisé sa profession et, pour tendre à des relations individualisées qui facilitent des prises de conscience des individus et de leur situation de santé, il s'avère excessivement compliqué de maintenir une intériorité professionnelle dans un contexte extérieur comme les milieux institutionnels où les pouvoirs administratif et médical règnent.

N'est-ce pas là une situation qui amène nécessairement l'infirmière ou l'infirmier à trouver d'autres voies pour réaliser sa profession afin de proposer ses services dans un contexte de vie congru à ses croyances professionnelles?

2. LE CHOIX D'UNE PRATIQUE PRIVÉE.

La profession n'est plus l'affaire de personne d'autre que de soi avec les autres.

Une fois avoir choisi délibérément d'exercer sa profession, il est aisé de constater que la profession n'est plus l'affaire de personne d'autre que de soi avec les autres. Dès lors, l'aventure professionnelle commence et sa pleine réalisation exige le désir et l'effort de dépasser les embuscades d'un système politico-social qui privilégie un apport institutionnel au détriment d'un encadrement privé.

De plus, commencer une pratique privée en soins infirmiers n'est pas chose facile! Le service de soins infirmiers implique, avons-nous dit, une relation individualisée, mais dans le cadre d'une pratique privée, cet état de fait ne semble pas encore être concevable dans la tête des infirmières ou des infirmiers; dans celle des autres professionnels de la santé et de la population.

Est-ce à dire que la nature du service de soins infirmiers est tellement vaste que l'on ne sait reconnaître sa spécificité? Ou encore que l'histoire de soins infirmiers se perpétue en gardant à l'esprit l'image d'une profession parasitaire des autres professions?

Que l'on songe à titre d'exemple, à la pratique privée d'un psychologue et, tout de suite, l'on fait allusion au service s'attardant à l'évaluation par tests psychologiques, de l'état de santé mentale de l'individu; le cabinet privé devient alors un local favorisant cette approche. En pensant à la médecine, on associe facilement la consultation dans un bureau privé avec la pathologie manifeste et le désir du recouvrement de la santé. Le bénéficiaire reçoit donc des prescriptions pour fins d'analyse de laboratoire, de rayons X ou encore des médicaments soi-disant appropriés à son état de santé. En dehors du contexte santé, l'on consulte un notaire qui possède un bureau privé pour établir un contrat de vente ou d'achat d'une maison alors que l'on demande les services privés d'un avocat pour se défendre d'une accusation ou d'un préjudice quelconque.

Mais l'infirmière et l'infirmier, eux?... Qu'advient-il de la

possibilité d'offrir des services de soins infirmiers par le biais d'une pratique indépendante? Tous savent qu'elles ou qu'ils exercent leur profession dans les établissements reconnus et qu'elles ou qu'ils collaborent au maintien et à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie, au traitement et à la réadaptation; mais personne ne semble imaginer que ce service professionnel peut s'effectuer dans une pratique indépendante qui peut se vivre dans un encadrement privé. Pourtant, la profession n'est plus l'affaire de personne d'autre que de soi avec les autres!

3. EXIGENCES D'UNE PRATIQUE PRIVÉE.

N'est pas infirmière ou infirmier qui veut, en pratique privée. Plusieurs catégories d'exigences doivent être envisagées pour assurer sa survie professionnelle. Ainsi la formation, l'administration, la recherche, la législation et l'attitude personnelle ont une action directe sur une pratique indépendante.

A) La formation.

Il apparaît impossible d'assurer une pratique indépendante sans un minimum de connaissances et d'habiletés dans le champ d'activité qui intéresse, plus particulièrement, l'infirmière ou l'infirmier. Pour posséder et intérioriser une conception claire et explicite des soins infirmiers afin de proposer un service qui réponde adéquatement aux besoins de la population, encore faut-il bénéficier d'une formation pertinente.

Même si, actuellement, aucun cours n'est offert pour envisager la possibilité d'une pratique indépendante, il demeure indispensable que l'infirmière ou que l'infirmier qui désire dépasser le cadre institutionnel se préoccupe d'une formation scolaire qui lui donne, pour le moins, une compétence dans son "savoir"! Ainsi en est-il du niveau de la maîtrise ou du doctorat.

Une fois le deuxième cycle universitaire atteint, l'on ne peut

prétendre être suffisamment armé pour affronter toutes les situations problématiques de santé exprimées par les individus. L'apport d'une formation continue s'impose dans l'avancement professionnel souhaité. Ainsi, le rôle du superviseur senior est essentiel à ce niveau d'expertise professionnelle, car point n'est besoin de souligner que la supervision est un élément crucial à n'importe quelle pratique professionnelle qui tend vers sa promotion.

De plus, se munir de connaissances scientifiques au niveau d'un deuxième cycle universitaire et bénéficier de supervisions en matière de services ne sont pas les seules alternatives possibles pour se garantir une offre de services professionnels de qualité. La possibilité de consultation entre les pairs d'une même profession peut être source d'innovation et de sécurité dans la qualité de services de santé à la population.

Il appert indispensable qu'une première sensibilisation soit faite auprès des étudiants en Techniques infirmières et des étudiants du premier cycle universitaire à l'effet que les soins infirmiers peuvent et doivent se vivre autrement que dans leur cadre institutionnel. Pour se réaliser, certaines exigences se manifestent dont la principale est une formation scientifique rigoureuse.

B) L'administration.

Une fois la connaissance, les habiletés et le vouloir de se renouveler continuellement acquis, la réalité impose ses obligations. En effet, une pratique indépendante peut se réaliser dans une clinique de soins infirmiers où plusieurs infirmières ou infirmiers mettent leurs énergies professionnelles en commun au service de la population ou encore, qu'un service de soins infirmiers soit proposé en solo ou enfin, qu'une infirmière ou qu'un infirmier choisisse de fonctionner isolément dans un cabinet privé.

Quoiqu'il en soit, il faut alors considérer le lieu physique de

consultation, l'administration relative à une vie de bureau privé, la publicité possible et les honoraires professionnels.

L'expérience démontre que toute tentative de pratique privée suppose un effort considérable pour le recrutement de la clientèle qui s'effectue principalement de "bouche à oreille". Effort d'autant plus difficile à soutenir quant aux soins infirmiers puisque la mentalité populaire est à changer en regard du service que l'infirmière ou que l'infirmier peut rendre à la communauté. En effet, l'infirmière et l'infirmier perçus comme des professionnels ne pouvant fonctionner que dans l'encadrement des établissements reconnus, il n'est pas rare d'entendre la surprise des gens devant une offre de services de soins infirmiers indépendants. Je me souviens, par exemple, d'une personne qui, après avoir été informée de mon statut professionnel, persistait à me prendre pour une psychologue parce qu'elle était incapable d'imaginer qu'une infirmière puisse être psychothérapeute.

Par ailleurs, l'émergence du besoin d'informer la population des services que l'on peut rendre ne se limite pas strictement à une clientèle éventuelle. Un premier effort doit être soutenu auprès des autres professionnels de la santé, mais également auprès des infirmières et des infirmiers eux-mêmes.

Il est malheureusement étonnant de constater comment les infirmières ou les infirmiers peuvent piéger les efforts fournis par leurs collègues pour promouvoir l'exercice de la profession. Que l'on songe, par exemple, aux infirmières sages-femmes diplômées qui ne reçoivent aucune reconnaissance et aucun appui de leurs pairs lorsqu'elles interviennent auprès des bénéficiaires dans les centres hospitaliers. Il en va de même pour les infirmières ou les infirmiers détenant un diplôme du deuxième cycle universitaire qui doivent essuyer une certaine "rancoeur" de la part des infirmières ou des infirmiers qui n'ont pas atteint ce niveau de formation. Il n'y a certes pas lieu aujourd'hui, d'analyser ce phénomène problématique, mais bien de se rendre compte que le désir de

sauvegarder un poste ou encore le besoin de valoriser sa propre image professionnelle peut, dans une certaine mesure, nuire à l'avancement de la profession et aux efforts déployés pour modifier l'approche traditionnelle en soins infirmiers.

C) La recherche.

Tout est à innover quand à la pratique indépendante des soins infirmiers dans un cadre de pratique privée. Plusieurs préoccupations peuvent faire l'objet de recherches, tant au niveau du service spécifique à rendre à la population qu'au niveau de la profession elle-même.

Il est grandement temps de circonscrire, dans le domaine d'une pratique privée, comment l'infirmière ou l'infirmier se différencie des autres travailleurs de la santé et propose un service professionnel qui lui est propre.

La démarcation claire et explicite des soins infirmiers par rapport à la médecine et au champ d'activités des autres travailleurs de la santé devient urgente pour sauvegarder la profession. Sans clarification de cette nette différence, les soins infirmiers ne peuvent que s'enliser dans un sable mouvant où ils seront absorbés par les différents technologistes de la santé qui, peu à peu, s'approprieront notre territoire professionnel, croyant que ce territoire n'est que matière de techniques plus ou moins automatiques.

Or, il est grandement temps de cesser de projeter une image d'assistant médecin, d'assistant inhalothérapeute, d'assistant psychothérapeute, d'assistant nutritionniste, d'assistant obstétricien, etc. L'affirmation de soi au niveau du travail permettra de gagner le respect de notre statut professionnel et d'être enfin reconnu pour ce que nous sommes!

La recherche s'avère un moyen pouvant nourrir les infirmières ou les

infirmiers qui sont directement influencés par les besoins de la population qui consulte en vue de recevoir un service individualisé, dans le cadre d'une pratique privée. Les résultats de recherches pourraient démontrer la rentabilité et l'efficacité de l'intervention de l'infirmière ou de l'infirmier sur le niveau de qualité de vie de la population.

D) La législation.

Plusieurs infirmières ou infirmiers prétendent que la loi et que le Code de déontologie de leur profession ne favorisent en rien l'essai d'une pratique indépendante et privée. Or, là n'est pas le cas! De par la définition même de notre profession, rien ne nous oblige à demeurer dans les cadres d'un milieu institutionnel dans la mesure où nous sommes convaincus que nous possédons les connaissances et les habiletés pour mener à bien le service professionnel que nous rendons à la collectivité en vue de promouvoir la santé.

De plus, le Code de déontologie indique certaines règles à suivre quant à nos devoirs et à nos obligations envers le public et les bénéficiaires; l'intégrité professionnelle que nous devons assurer; la disponibilité et la diligence que nous devons maintenir; la responsabilité, l'indépendance et le désintéressement relatifs à nos interventions ainsi que le secret professionnel, l'accessibilité des dossiers, la fixation et le paiement des honoraires. Évidemment, le Code de déontologie indique nos devoirs et nos obligations envers la profession.

Ces directives doivent être comprises et vues dans le sens de nous assurer une sécurité et une éthique professionnelle et non pas dans un sens limitatif où l'infirmière et l'infirmier ne pourraient exploiter toutes leurs ressources professionnelles.

E) L'attitude personnelle.

Décider et privilégier la pratique privée pour réaliser sa

profession n'est pas chose facile. Je ne crois pas que cette décision puisse être prise dès le début de la pratique de sa profession, car elle devient le fruit d'une évolution professionnelle personnelle.

Le milieu institutionnel ne favorise pas l'exploitation de toutes les ressources professionnelles et encourage plutôt des stéréotypes qui maintiennent une image restrictive des possibilités de l'infirmière ou de l'infirmier en tant qu'agent de changement et que "faciliteur" de la prise en charge de la santé, par l'individu. Il vient un temps où un choix s'impose à savoir: lutter contre les stéréotypes qui gardent l'infirmière ou l'infirmier en vase clos, les contraignant à prodiguer uniquement des soins infirmiers directement aux bénéficiaires en situation de crise, sans toutefois prendre la peine d'assurer une prise en charge complète de leur apprentissage de la santé ou encore, tout en respectant le système, de faire toutefois son propre système de distribution de soins infirmiers comme entrepreneur libre dans un cabinet privé.

La dernière alternative implique évidemment plusieurs fluctuations intérieures où l'infirmière et l'infirmier sont confrontés à la liberté d'action, à l'autonomie professionnelle et à la satisfaction d'un service de qualité rendu. De plus, la solitude dans l'action professionnelle et l'effort d'un renouvellement continuel pour préserver la qualité du service à la clientèle font partie des obligations de l'infirmière et de l'infirmier oeuvrant en pratique privée.

La pratique privée est, de prime abord, une alternative alléchante, mais nous devons être conscients de ses avantages et de ses inconvénients. Si elle présente une forme de liberté professionnelle, elle suppose également une discipline rigoureuse tant dans les heures de travail à faire que dans la nécessité de se défendre d'un enlisement bureaucratique, intellectuel et professionnel.

4. PROSPECTIVES.

Que nous réservent les soins infirmiers futurs? Devons-nous présager leur mort ou leur vie?

Pour ma part, je crois qu'il est grandement temps qu'un éveil et qu'une prise de conscience favorisent leur existence et leur reconnaissance auprès de la population.

Il devient impérieux que le public reconnaisse le service professionnel qu'on lui offre et ce, non pas par l'intermédiaire strictement de références médicales, mais bien parce que nous sommes infirmières ou infirmiers et que nous pouvons rendre un service professionnel qui nous est propre.

De plus, il est très urgent que les enseignants soient sensibles à tout l'éventail des possibilités de réalisations professionnelles. Quand a-t-on parlé de pratique indépendante, dans un cadre privé, aux étudiants? Quels renseignements leur a-t-on fourni pour les orienter vers une plus grande ouverture de leur profession?

Dans un premier temps, il apparaît nécessaire de renseigner les étudiants ainsi que les infirmières et les infirmiers eux-mêmes, de la latitude professionnelle qui peut nous être donnée en regard d'une pratique privée.

Dans un deuxième temps, peut-être reconnaîtrons-nous que la complémentarité et la "participe-action" ne se réalisent pas dans le cadre d'une pratique privée par le biais de l'équipe multidisciplinaire, mais bien par la complémentarité professionnelle qui s'actualise en autant que l'on établisse des échanges égalitaires entre nos pairs et entre les membres des autres disciplines de la santé. Enfin, lorsque le législateur aura compris que le service que nous offrons peut être économiquement rentable pour la société en insistant sur la préservation et sur

la promotion de la santé, alors peut-être que les infirmières ou les infirmiers pourront être rémunérés selon les divers modes de rémunération des professionnels de la santé, déterminés par les politiques établies par le gouvernement dans le cadre des futurs régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation qui, espérons-le, deviendront des régimes d'assurance-santé... De plus, l'infirmière ou l'infirmier pourrait être également considéré au sein des régimes de soins découlant de la santé et de la sécurité au travail, de l'assurance-automobile et des accidents de travail en vue d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'économie dans l'organisation des soins de santé.

De plus, lorsque les compagnies d'assurance feront preuve d'avant-gardisme dans leurs programmes d'assurance, la population pourra bénéficier de ses droits à la préservation et à la promotion de sa santé bio-psycho-sociale, par la reconnaissance des services rendus par l'infirmière ou par l'infirmier et les paiements mensuels des frais encourus pour ce service.

En dernier lieu, lorsque l'infirmière ou l'infirmier aura la possibilité de faire admettre directement les bénéficiaires dans un milieu faisant partie du système de distribution de services de santé, cet événement sera un indicateur que, tant les travailleurs de la santé que la population reconnaîtront la profession d'infirmière ou d'infirmier comme étant exclusive et autonome.

Mon expérience professionnelle de trois ans et demi de solitude et d'acharnement en pratique privée m'a dicté ces quelques réflexions et me conduit à exhorter les infirmières et les infirmiers à se prendre en charge sans plus tarder, avant d'entraîner les soins infirmiers vers leur mort.

L'INFIRMIÈRE TECHNICIENNE: SA RAISON D'ÊTRE?

Madeleine Roy, professeur, sciences de l'éducation, Université du Québec à Trois-Rivières.

Si l'on consulte l'*Encyclopaedia Universalis* au chapitre "Technique" on constate qu'avant le XIX^{e} siècle ce mot, d'origine grecque, était synonyme du mot latin "ars". Les deux désignaient la même réalité, c'est-à-dire l'exercice d'un métier. L'avènement de notre ère industrielle donna un nouveau contenu à ces termes qui, à partir de ce temps, prirent une signification différente l'un de l'autre.

Le mot technique devint attaché à la fabrication d'outil, d'instrument, mais il passa vite au fait de "causer, faire, être, amener à l'existence, à l'acte approprié et efficace" enfin de désigner "le maître dans une occupation donnée." C'est à ce dernier sens qu'ont voulu répondre les programmes d'infirmières que l'on appelait "cours de base". Le produit: l'infirmière technicienne, si l'on veut, était en quelque sorte la responsabilité de l'équilibre du milieu hospitalier. Elle était reine et maîtresse dans son domaine et sa place était incontestable jusqu'au moment où, de cette base, a émergé toute une pléiade de niveaux d'infirmières avec diplôme, certificat post-scolaire, baccalauréat, maîtrise et doctorat sans mentionner les trois ou quatre niveaux d'auxiliaires qui venaient alléger la tâche des infirmières. Chaque niveau s'est séparé en emportant un morceau du groupe original et un morceau de ses tâches. Qu'en reste-t-il après cette diaspora? Après ces modifications pour ne pas dire ces pertes, tant au point de vue horizontal que vertical, où est l'infirmière? Qui est-elle? Qui devrait porter ce titre?

Peu de professions sont aussi hiérarchisées. On connaît dans le champ de l'éducation les éducateurs par niveaux, mais les niveaux sont très distincts et nécessitent une formation différente; il n'en est pas de même des soins infirmiers. Il faudrait peut-être que quelques groupes se circonscrivent davantage et se trouvent un autre nom et une

autre profession. Il semble indéniable que l'infirmière technicienne, c'est-à-dire celle qui était formée dans les hôpitaux et qui a été remplacée par la finissante des cegeps, demeure toujours la cheville, le pivot de l'équipe des soins infirmiers, soins pris ici dans le sens de prendre soin de la santé et du malade.

Malgré cette importance bien reconnue, la formation des infirmières techniciennes ne peut échapper aux changements de valeurs de notre société. Lors de l'ouverture des cegeps, la tendance était à la spécialisation, à la standardisation, à la compétition. Ces deux dernières ont très bien marqué les programmes d'alors. Par contre, la spécialisation a fait peur et en plus, on la voulait au niveau universitaire. Les résistances au changement ont fait que l'on a conservé au niveau cegep, le même profil des programmes dispensés antérieurement par les écoles rattachées aux hôpitaux où l'étudiante devait apprendre et pratiquer de tout, sans développer un champ particulier.

Depuis la création des cegeps, les valeurs ont évolué; celles dont il a été question plus haut cèdent la place au sens social, à la communication, à la participation et à la démocratisation. Les soins infirmiers ont fait d'heureuses tentatives dans ce sens quoique tardivement: santé communautaire, travail d'équipe, démocratisation. Mais là encore, perdirent certaines maladies.

Le travail d'équipe a été mis sur pied depuis plusieurs années, dans le but d'assurer de meilleurs soins. Ne s'en est-il pas tenu davantage au contrôle des actes posés par les auxiliaires? Est-ce que l'infirmière a vraiment fait partie de l'équipe de soins où elle se voyait collaboratrice des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux? Quand s'est-elle permise de considérer les autres comme ses collaborateurs?

A part le travail d'équipe, qu'attend l'infirmière pour instituer

le travail de groupe auprès des bénéficiaires de ses services?

Si l'infirmière technicienne s'est vue amputer bien des choses, elle prend rarement l'initiative de ses changements. Elle s'adapte à ce que l'on veut bien lui céder sans avoir participé au choix et à la planification de ces changements. Enfin, elle assume très souvent les vacuum qu'on lui abandonne.

Une autre maladie de parcours fut le rêve d'être à l'égal des professions libérales. Il fallait toujours ajouter au programme, jusqu'au point où l'aération devenait presque impossible.

Aujourd'hui, on se pose des questions sur la raison d'être de l'infirmière technicienne; serait-elle coincée?

Une étude publiée dernièrement par le ministère de l'Éducation du Québec et qui a pour titre: *"Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière"* stipule que l'infirmière doit recevoir une formation qui se veut "le reflet des besoins et des attentes du marché du travail." (p. 7)

À cette fin, les principales tâches seraient:

"1. Identifier les besoins de santé, bio-psycho-sociaux, de l'individu, des groupes et de la communauté;

2. répondre aux besoins de santé;

3. participer à la formation dans le domaine des sciences infirmières et de la santé;

4. effectuer la recherche dans le domaine des sciences infirmières; participer à la recherche dans les autres secteurs de la santé et développer des rôles infirmiers;

5. participer à l'administration et à la gestion dans le domaine des soins infirmiers et des autres secteurs de la santé;

6. participer aux tâches des autres professionnels de la santé."
(p. 2)

En fait, on y met encore tout le gros paquet et l'infirmière de demain devra être hygiéniste, enseignante, puéricultrice, "gériatrice", infirmière, administrateur et chercheur, etc. C'est à en couper le souffle et l'on peut se demander quel programme pourra satisfaire tant d'exigences.

À la fin du document (p. 20), on souhaite "que la seule formation de base, dispensée au niveau universitaire et donnant droit de pratique, soit une formation à caractère polyvalent et général" "la formation de la préposée technicienne, serait l'équivalent de la formation actuelle des auxiliaires".

À la page 19, on cite les raisons de ces recommandations, dont, entre autres:

"les nouvelles diplômées semblent trop jeunes et n'ont pas la maturité nécessaire pour établir une relation d'aide avec le ou les bénéficiaires;

elles manquent de dextérité manuelle dans les techniques de soins;

elles intègrent mal leurs connaissances;

le personnel enseignant démontre des carences au niveau de compétence."

Raison d'être de l'infirmière technicienne .

Tant que la terre sera habitée, chaque humain aura une santé à

protéger et, souvent, une santé à récupérer. Par conséquent, les besoins seront aussi nombreux que le nombre d'habitants. Il est entendu que beaucoup pourront y subvenir sans avoir recours à des professionnels de la santé; cependant, il serait utopique de croire que les services existants iront en diminuant.

Tandis que les autres techniques de la santé: de diététique, de radiologie, d'inhalo-thérapie et de physiothérapie se donnent au cegep, les infirmières en sortiraient? En plus, est-ce que les universités pourraient, d'ici quelques années, répondre aux demandes du marché du travail? Et si le personnel enseignant des cegeps souffre d'une carence en compétence, comment les universités réussiront-elles à recruter le personnel suffisant pour assurer la formation souhaitée?

Nonobstant ces difficultés, l'infirmière universitaire ne sera jamais au chevet; elle se consacrera aux tâches de gestion, d'enseignement et de recherche. L'auxiliaire se chargera des soins de routine et qui assumera l'entre-deux, c'est-à-dire la relation d'aide qui demande plus de maturité, les techniques qui exigent une connaissance théorique plus poussée, la continuité des soins?

Le document du ministère souligne que le soin des malades demande beaucoup de maturité et c'est vrai. Si les diplômées des cegeps en manquent qu'en sera-t-il des finissantes du secondaire?

Il serait assez facile de réfuter les raisons de la page 19 du document du M.E.Q. Sont-ce là les vraies raisons? Est-ce que ce ne sont que des symptômes avatars du manque d'audace qui a accompagné le transfert des programmes d'infirmières au cegep?

Si, au lieu de vouloir encore tout mettre au programme et le rendre très théorique on y avait mis un peu plus de pratique, les finissantes sauraient mieux intégrer leurs connaissances à la pratique et auraient plus de dextérité.

En 1965, il était proposé de repenser le programme de façon à réduire les spécialités: donner un cours plus élaboré en pathologie générale accompagné de quelques semaines de stage, afin de donner à l'étudiant une vue d'ensemble des différents milieux de travail, permettre d'intégrer le cours de pathologie générale et enfin, aider à choisir une concentration. Le dernier semestre devrait être complètement réservé à un stage dans la concentration choisie. C'est dire que tous les autres stages auraient été réduits à une simple sensibilisation.

On argumenta que ce cours ne permettrait plus la mobilité d'un département à un autre, d'une spécialité à une autre. On oublia que les responsables des cours d'infirmières pourraient, comme dans tout autre profession, analyser les besoins du marché et aussi, assurer l'éducation continue pour les diplômées qui souhaiteraient changer de spécialité. Enfin, comme tout autre technicien, l'infirmière aurait un champ de travail privilégié où elle pourrait manifester de la compétence.

Bientôt l'infirmière technicienne n'aura plus de raison d'être, si elle continue à laisser gruger son patrimoine et si elle n'est pas à l'affût des tendances dans le milieu santé.

Pour ne citer que quelques exemples: les découvertes dans le champ des hormones ouvrent de nouvelles perspectives. Nous connaissions l'hormone du stress et nous avons essayé de rendre les techniques moins stressantes; quelles seront les innovations face à l'hormone de la détente? Attendrons-nous la création d'une nouvelle profession, les "relaxologues" qui viendront aider les malades à se détendre afin de moins consommer de médicaments?

Dans quelques années, plusieurs opérations seront automatisées; le rôle de l'infirmière ne devra pas changer. Cédera-t-elle encore le pas à un autre groupe? Est-ce que la machine ne sera qu'un outil de surveillance? Est-ce que l'on devra créer les gardiens des machines? Ou si la machine deviendra un instrument de surveillance et de relation d'aide?

Pourquoi l'infirmière ne deviendrait pas spécialiste des lignes ouvertes pour la radio de l'hôpital et des autres services de santé? Pourquoi ne serait-elle pas l'initiatrice de programmes d'hygiène et de détente qui aideraient la société?

Actuellement, la mode est au naturisme. Que fait l'infirmière face à cette tendance? Où se situe-t-elle? Encore une fois, cède-t-elle la place?

Le camping, sous toutes ses formes, soulève d'autres problèmes de santé, l'infirmière est-elle là?

Voilà quelques sujets livrés à votre réflexion. La place ne manque pas, il s'agit de la prendre.

S.V.P. AIDEZ-MOI: HIER ÉTUDIANTE (JE PLANIFIE DES SOINS POUR UN CLIENT); AUJOURD'HUI INFIRMIÈRE (JE DOIS PLANIFIER POUR SIX CLIENTS ET...)

Louise Boivin, professeur de soins infirmiers, Collège Montmorency; antérieurement coordonnatrice à l'éducation, Cité de la santé, Laval.

Je remercie les gens du comité d'organisation du colloque pour m'avoir permis de prendre la parole ici. Si j'ai répondu affirmativement à leur demande, c'est qu'à titre d'infirmière, j'avais quelque chose à dire face à notre profession tant sur la préparation de nos infirmières que sur l'efficacité de leur travail. Mes dernières années d'expérience m'ont permis de réaliser certaines lacunes dans l'application de leurs soins.

Ma participation à cet atelier m'a forcée à repenser et à chercher des réponses à toutes ces questions qui me venaient en tête au cours de ces dernières années. Je n'ai rien d'un orateur, mais j'espère être capable de vous faire vivre le fruit de mon expérience.

Après avoir travaillé huit ans et demi à l'Institut de cardiologie de Montréal et deux ans dans l'enseignement à l'Éducation permanente au cegep Maisonneuve, je me retrouve à la Cité de la santé, un peu avant l'ouverture de ce centre hospitalier pour mettre sur pied le secteur éducation. Après avoir orienté 600 infirmières en 12 mois, nous nous retrouvons bientôt avec un hôpital de 340 lits ouverts à pleine capacité pour le bien-être de la population lavalloise. Dès le début du fonctionnement, nous pouvions déjà concrétiser certaines difficultés chez nos infirmières: une très forte dose d'insécurité, certaines lacunes dans les soins aux malades, une faible performance dans les soins de base, une grande difficulté dans l'organisation du travail et dans l'accomplissement de la tâche quotidienne. Il faut dire que notre effectif soignant se composait exclusivement d'infirmières et que le nombre de patients attribués à chacune respectait les normes.

Nous étions conscients que l'ouverture était un facteur de grande

insécurité: ouvrir un département signifiait faire travailler une cinquantaine de nouvelles infirmières ensemble, à l'intérieur d'un département et d'une organisation où les politiques et les procédures se faisaient au fil du temps et où les gens apprenaient à se connaître. De plus, ces infirmières avaient vécu des expériences de travail différentes avec peut-être des valeurs souvent différentes. Ayant anticipé ces problèmes d'organisation, le personnel infirmier avait été choisi en conséquence: personnel avec au moins un à deux ans d'expérience, qui semblait avoir une grande facilité d'adaptation et qui considérait le soin au malade dans une approche globale.

Avec cet effectif d'infirmières dont la moyenne d'âge était approximativement de vingt-quatre à vingt-cinq ans, issues du cegep pour la très grande majorité et dont toutes avaient une expérience clinique pertinente, nous avions donc misé très gros sur leur efficacité. Leur rendement nous causa certaines surprises: piètre performance dans les soins de base, grande difficulté à organiser leur travail de tous les jours, manque de sens des responsabilités. Je pouvais comprendre une certaine difficulté temporaire à organiser leur travail quotidien à cause de la situation d'organisation que nous visions. Par contre, je refusais d'accepter qu'on attache si peu d'importance aux soins de base. Bien installer un patient, s'occuper de sa plaie de lit, de son hygiène buccale, des principes d'asepsie, sont réalisables même pendant une période d'ouverture d'un département.

Face à ces surprises, il était légitime de se questionner sur les raisons de cette inefficacité encore plus légitime que les soins de base étaient peut-être la plus grande lacune rencontrée.

Après un an de fonctionnement, nous acceptions des nouvelles graduées venant de terminer leur cegep. Là encore, après une analyse de leur habileté à parfaire les techniques de base, nous pouvions constater une lacune importante chez ces infirmières, à accomplir les techniques. Nous nous posions de sérieuses questions sur leur préparation collégiale.

Venant de compléter un an dans l'enseignement au niveau des Techniques infirmières, je suis peut-être plus en mesure maintenant de voir la situation dans un ensemble. Il me vient donc à l'esprit quelques questions qui demandent réflexion: "L'infirmière qui entre dans la scène du travail est-elle prête à l'affronter?" "Répond-elle aux exigences du milieu?" "Comment se fait-il que les infirmières formées au cegep ne donnent pas la qualité des soins qu'on attendait d'elles?" Autant de questions que j'aimerais discuter avec vous pendant cet atelier.

Pour répondre à ces questions, il m'a fallu fouiller dans la littérature et le livre de Marlène Kramer "*Reality Shock, why nurses leave nursing*" me fut énormément précieux et me permit de clarifier ma perception.

Pour analyser clairement la situation, il faut je crois se demander que vit la nouvelle graduée lorsqu'elle arrive sur le marché du travail.

En y entrant, l'étudiante commence une nouvelle étape de sa vie, étape qui consiste à se forger une place et une identité dans le monde du travail. Elle doit apprendre à devenir infirmière. L'étudiante passe d'une société qu'est l'école avec des valeurs qui lui sont propres, à une autre société qui véhicule, elle aussi, d'autres valeurs. Elle se voit confrontée à un nouveau monde et vit un état de stress que Marlène Kramer appelle "le choc de la réalité". Ce choc de la réalité a certaines ressemblances avec le choc culturel que vit un individu qui doit s'adapter à une autre culture, par exemple, pour un canadien apprendre à vivre en Égypte, en Inde, etc. Apprendre à devenir une infirmière est accompli à travers un processus appelé socialisation, pendant lequel de nouvelles valeurs et de nouvelles attitudes appropriées à une position d'adulte et d'appartenance à un groupe sont inculquées à l'aspirante. Selon Olsmted et Paget, la socialisation professionnelle est une socialisation spéciale contenant des éléments de la socialisation de l'enfant et de l'adulte, quoique identique à aucune. Voyons une courte définition de ces deux (2) socialisations. La socialisation de l'enfant est dirigée vers

l'apprentissage de valeur, en contraste avec la socialisation de l'adulte qui met l'accent sur l'apprentissage de comportement, c'est-à-dire qui concrétise ses valeurs. Ohnsen et William soutiennent, vue de cette perspective, que l'école médicale est une extension de la socialisation de l'enfant. Ollen, Whittaker et Williams soutiennent les mêmes conclusions pour les étudiantes en soins infirmiers. Dans les deux situations l'étudiant est muni d'attitudes, de valeurs et de normes qui sont des rôles plutôt généraux que spécifiques. Ces valeurs appartiennent à un rôle abstrait de l'infirmière et du médecin plutôt qu'à un rôle spécifique que l'étudiante aura un jour à jouer. On met l'accent sur ce qu'on "devrait faire" ou ne pas faire dans de multiples situations. Ceci prépare des étudiantes infirmières mais non des infirmières. Il est probable que lors de la graduation, l'étudiante sera socialisée de façon incongrue au travail adulte, c'est-à-dire qu'elle aura les valeurs mais non les comportements spécifiques correspondants. À son arrivée sur le marché du travail, l'étudiante est donc confrontée à transformer ses valeurs en comportements spécifiques. Ses "devrait" doivent être concrétisés en gestes quotidiens. Olmsted et Paget repportent qu'une majeure partie de la socialisation professionnelle apparaît une fois les études terminées, dans la période de résidence et d'internat. En comparaison avec le collège le travail, lui, demande une socialisation adulte. Le monde du travail requiert des comportements spécifiques et non généraux. Les soins de plusieurs malades sont complétés en un temps spécifique. Les rôles et les comportements spécifiques font partie d'un système de valeurs différent de celui promulgué à l'école.

L'école met l'accent sur la performance à l'intérieur d'un soin global au malade. Elle montre comment faire les choses, c'est-à-dire qu'elle enseigne la méthode adéquate d'accomplissement d'une tâche. Elle évaluera l'étudiante sur cette adéquation. Elle évaluera son étudiante régulièrement et lui donnera des rétroactions sur sa performance.

Le milieu de travail, lui, met l'accent sur l'accomplissement et sur le résultat du travail. Il préconise le meilleur soin pour la majorité.

Le travail à l'hôpital est plus obscur et plus complexe. L'infirmière qui y travaille doit trouver des rôles spécifiques, soumis à plusieurs stimuli en même temps. Ayant appris comment faire les choses au cegep, elle est maintenant soumise aux questions spécifiques: "Comment je le fais ici, pour ce patient?" L'infirmière est souvent récompensée pour l'accomplissement de tâches bureaucratiques. Ce qu'on attend d'elle comme professionnelle est parfois peu défini et les périodes d'évaluation se font plus rares.

La première surprise qu'aura donc à vivre la nouvelle graduée sera de réaliser que ce milieu du travail lui demande des comportements bien spécifiques et que son système de valeurs tel qu'appris au collège, lui manque grandement. Comme le dit cette nouvelle graduée: "Parfois il y a des choses que l'on a appris et que l'on ne peut mettre en pratique parce que l'hôpital ce n'est pas comme ça que ça marche, je trouve cela très frustrant".

Cette situation ambiguë est l'image du choc de la réalité que vit l'étudiante à son arrivée sur le marché du travail. Choc qui donnera naissance à un état de conflit qui est surtout provoqué par cette disparité entre le système professionnel qu'est celui appris au collège et le système bureaucratique qu'est celui du travail.

Pour Kramer, le choc de la réalité pourrait être défini comme la réponse sociale, physique et émotionnelle d'une personne à l'inattendu, à ce qui est non voulu ou non désiré et ceci, à un haut degré. Il comprend plusieurs phases, soit premièrement la phase d'extase ou de "lune de miel" pendant laquelle la nouvelle graduée est fascinée par son nouveau milieu de travail; elle ne voit que son bon côté. La deuxième phase, c'est-à-dire la phase de rejet pendant laquelle l'étudiante entre continuellement en conflit avec son milieu de travail. Sa critique est à sens unique et est poussée à l'extrême. Ses réactions peuvent être variées mais sont surtout caractérisées par un rejet. Ce rejet peut être vécu de différentes façons:

elle peut rejeter son nouveau milieu de travail. Physiquement elle devient plus fatiguée, toutes douleurs minimes sont aggravées. Elle devient rêveuse et demande même du réconfort à ses nouveaux professeurs;

elle peut rejeter ses connaissances professionnelles et adopter les valeurs du nouveau milieu sans réserve. Elle devient une bonne technicienne bureaucrate;

ou elle se rejette elle-même, elle se blâme et peut se considérer comme une râtée;

ou rejette son institution d'enseignement et crie à la trahison;

ou rejette en s'isolant de l'équipe de travail. Elle préfère travailler de nuit, comme elle l'entend.

Associés à ce rejet nous retrouvons de l'hostilité, de l'agressivité, une critique verbale importante et une fatigue excessive.

Puis survient un temps où la nouvelle graduée commence à évaluer objectivement son nouveau milieu de travail. Un sourire revient et son agressivité diminue: elle pourra sous peu prédire l'action et la réaction des autres dans telle situation. Elle arrivera bientôt à la dernière phase de "biculture" où elle est capable d'estimer les valeurs des deux cultures; celles du collège et celles du milieu de travail et, consciemment, s'efforce de développer une position de coopération tout en dirigeant le conflit. Elle intègre les deux valeurs et devient une autre personne.

Certaines réflexions recueillies chez nos nouvelles graduées après un an d'expérience de travail concrétisent ce "choc de la réalité".

"J'étais anxieuse, craintive, enthousiaste, quelque peu embarrassée par le milieu, le travail, le personnel, les médecins, frustrée par moment".

"Je ne me sentais pas prête à faire face à toutes ces responsabilités. Je ne connaissais pas assez mes techniques et le déroulement du travail dans un hôpital."

"J'étais "insécure", c'est-à-dire manque de confiance en moi: crainte de ne pas être efficace dans l'équipe de travail, à cause de difficulté à organiser et planifier les soins pour chacun des clients, à voir les priorités, et au manque de pratique pour les techniques, "j'étais seule"."

"Mon entrée dans le milieu de travail fut très difficile. Je me sentais persécutée, toute petite, tu te sens mal dans ta peau. On dirait que tout nous tombe sur le dos. Ah! c'est une étudiante, il faut l'excuser." "J'avais peur de ne pas être à la hauteur; il me semblait que j'avais rien appris."

"Ce que je peux dire c'est qu'en commençant à travailler je ne me sentais pas vraiment infirmière. D'accord j'avais passé les examens du cegep et de l'Ordre, mais je ne pense pas que ça fait de nous des infirmières compétentes. Je me suis souvent sentie "insécure" face à la tâche assignée. Bien sûr, quand on a terminé nos études, on est fière, heureuse, mais on sent que l'on sait très peu de chose."

"J'avais peur de ce qui m'attendais, j'avais peur et hâte en même temps."

"On a pas le temps de faire tout ce qu'on a appris. Je trouve ça dommage."

C'est donc dire que d'arriver à être "biculturel" et à se former un rôle dans le milieu du travail, sans pour autant nier les valeurs professionnelles, n'est pas chose facile. En analysant ainsi les phases pénibles de l'adaptation de la nouvelle graduée à son premier milieu de travail,

il n'est pas surprenant de comprendre que la façon la plus facile de résoudre ce conflit de première heure, est de faire sauter par-dessus bord les valeurs professionnelles acquises à l'école, pour n'opter que pour les valeurs bureaucratiques. Il n'est pas surprenant de voir ces étudiantes s'efforcer, dès leur entrée dans le milieu, à apprendre les exigences du milieu: connaître la routine, les politiques et les appliquer; apprendre les routines usuelles des médecins, la catégorie des malades du département et franchir leur loyauté bureaucratique et peut-être y rester. De plus, désirant faire partie d'un groupe, elle imitera l'ensemble des gestes et des attitudes des coéquipières qui lui servent de modèle. Elle pourra ainsi laisser facilement ses valeurs professionnelles pour faire partie de l'équipe.

Ce qui me pousse à me poser cette question: "N'est-ce pas une des raisons fondamentales de la triste performance de nos infirmières; performance qui se traduit trop souvent en un travail rituel, en un travail d'exécutante affichée d'une grande loyauté bureaucratique à terminer les toilettes à temps, les lits, les traitements à temps? N'est-ce pas une des raisons pour lesquelles nous ne voyons pas plus de cette professionnelle qui "pense" ses soins et administre ses soins pour le patient et non pour le système?"

Il faut peut-être se demander, s'il serait plus logique de former des étudiantes qui répondent entièrement au besoin du milieu de travail, c'est-à-dire former de bonnes infirmières bureaucratiques et leur inculquer un enseignement qui les rendent opérationnelles dès maintenant, en leur enseignant les procédures et les comportements tels que prônés dans le milieu du travail, c'est-à-dire de bonnes exécutantes? Mme Kramer nous met en garde devant une telle décision. Il faut se rappeler que nous formons des infirmières pour le futur et que les soins infirmiers ont place à l'amélioration, tout en espérant un système de santé meilleur pour le futur. L'individu malade a le droit qu'on s'occupe de lui comme une personne entière et non comme une personne fractionnée. L'amélioration des soins aux malades, l'humanisation des soins est, à mon avis,

dans le soin global.

A son arrivée sur la scène du travail, ce conflit entre les deux systèmes de valeurs n'est pas la seule difficulté que vivent nos nouvelles graduées. Entre autre nous pouvons énumérer: le manque de confiance en elles-mêmes, la peur de l' inadéquation face à leur dextérité manuelle, face à l'ignorance des routines et des politiques, c'est-à-dire le manque de confiance dans l'application des soins infirmiers, l'incertitude et l'ambiguïté du système de soins, l'incompétence rencontrée dans le milieu du travail, le facteur temps, le sens des responsabilités et de l'organisation. Voyons maintenant chacun de ces facteurs séparément et leur implication chez notre nouvelle graduée.

Manque de confiance en elle-même face à l'application des soins.

Pendant ses trois années de collégial, l'étudiante a appris les soins qu'elle aura à accomplir dans sa future tâche quotidienne. Mais les a-t-elle intégrés et assimilés? De telles réflexions m'en font douter: "C'est bien de connaître la théorie pour appliquer les techniques mais trop c'est trop. Il y a trop de bourrage de crâne. Le problème c'est qu'on oublie presqu'aussi vite ce que l'on a appris".

L'apprentissage des techniques pendant la période scolaire comprend normalement une démonstration de la technique par le professeur, suivie d'une pratique normalement supervisée pour l'étudiante. L'étudiante apprend une seule façon d'appliquer la technique et elle est souvent laissée sur l'impression que c'est la façon correcte de faire la chose. Pendant sa pratique, elle est soumise à un cadre bien précis où il manque l'ambiguïté du milieu hospitalier. Cette seule pratique sur mannequin n'est pas suffisante. L'étudiante doit apprendre maintenant à transférer son apprentissage dans une situation vraie ou concrète afin de démontrer si elle a vraiment appris et assimilé l'enseignement donné. Sans cette opportunité de tester son apprentissage, l'étudiante se retrouve dans son premier emploi à confronter ses connaissances et la majorité de son

énergie sera employée à tester sa compétence face à cette dextérité soi-disant acquise.

Ayant enseigné à des étudiantes de troisième année de médecine et de chirurgie, j'ai souvent vécu cette situation de façon concrète. Ayant appris dans leur première année le contrôle du soluté, la technique d'intramusculaires et de sous-cutanées, le bain au malade et n'ayant eu que très peu d'expérience clinique qui leur permette de pratiquer ces techniques, elles se retrouvent en troisième année avec ce même problème. Elles n'ont pas assimilé les techniques apprises ultérieurement et n'ont pas intégré leurs connaissances. Contrairement, elles sont encore "insécures" à graduer un soluté, à en contrôler le débit, à manipuler la seringue, à préparer l'injection et encore plus à l'administrer. Le même rituel se produira en médecine et chirurgie: enseignement d'un nombre considérable de techniques, d'un bagage effrayant de théories où il faut voir tous les systèmes de l'organisation en passant de la physiopathologie à l'investigation, au traitement et aux soins. Associés à cette théorie, vingt-quatre jours d'expérience clinique prévus pour l'assimilation de ces connaissances, c'est-à-dire si peu de chance de progresser d'une situation non concrète à une situation plus concrète pour tester son apprentissage, voici le produit de la session médecine et chirurgie et de plus, comme le dit l'étudiante: "J'ai l'impression de faire mon cours en médecine et chirurgie".

N'est-il pas surprenant d'entendre des réflexions comme celle-ci, réflexion spontanée venue d'une de mes étudiantes à la fin de son stage:

> "Je me sens sur l'eau, assise sur mon coussin pneumatique. Quand j'entrerai sur le marché du travail, on m'enlèvera ce coussin: ou je me noierai ou je nagerai!"

Une telle réflexion ne peut me laisser inerte et insensible. Combien dépourvue j'étais à la fin de ces deux sessions que je viens de vivre, de constater l' inadéquation de ces étudiantes aux soins des malades. Combien de choses théoriques vues et non intégrées. Combien de

fois je me suis sentie malheureuse de constater que ces finissantes seraient sur le marché du travail et auraient à soigner la population. Après cette année d'expérience d'enseignement en médecine et chirurgie, j'ai un peu l'impression d'avoir "gavé des oies"; tu n'assimiles pas, ça ne fait rien, le programme continue. Là encore ce manque flagrant d'expérience clinique où l'étudiante intègre ses connaissances et s'évalue en temps qu'infirmière est à mon sens, un des facteurs les plus importants qui rend l'infirmière inapte à donner des soins de qualité. Comme le dit cette nouvelle graduée:

> "On devrait pratiquer toutes les techniques, je ne sais pas si tous les professeurs peuvent comprendre comment on peut se sentir "insécure" lorsqu'on commence à travailler avec un tas de notions dans le crâne, plus ou moins confuses, car on ne se rappelle pas de tout. Mais on ne sait presque rien des soins à pratiquer au patient."

Recevant des finissantes en orientation à la Cité de la Santé, j'ai pu recueillir et compiler leurs connaissances théoriques et pratiques face aux techniques de soins usuels. Pour ce faire, elles avaient à remplir une formule lors de leur première journée d'embauche et à cocher, pour chaque technique, si elles avaient la connaissance théorique et pratique, si elles n'avaient ni l'une ni l'autre, si elles n'avaient que la connaissance théorique, ou si elles avaient la connaissance pratique et manquaient de connaissance théorique. Le tableau de l'annexe I est le produit d'une compilation de quarante-quatre formules remplies par ces nouvelles graduées. Ce tableau dénote que, pour plusieurs techniques courantes, une grande moyenne d'étudiantes n'ont pu pratiquer ces techniques durant leur cours et donc atteindre une certaine dextérité. Là où les moyennes sont supérieures, il faudrait se demander combien de fois l'étudiante a pu pratiquer ces techniques. Est-ce une, deux, trois fois? Est-ce suffisant? J'ai fréquemment rencontré des finissantes qui avaient à compléter l'apprentissage de quinze à vingt techniques. Quand je parle de techniques courantes, je parle de l'installation d'un soluté, de l'administration de médicaments I.V., l'administration d'insuline, la collecte d'urine, la culture d'urine, les pansements, le gavage, l'installation

d'une sonde de Levin etc. Je me suis souvent demandée quel était mon rôle face à de telles finissantes? J'avais vraiment l'impression que je devais *continuer* le cours d'infirmière.

N'est-il pas surprenant d'en ramasser les conséquences dans nos milieux hospitaliers? J'aimerais énumérer ici quelques faits vécus qui sont les conséquences courantes de l' inadéquation de nos infirmières qui entrent sur le marché du travail et qui sont, à mon humble avis, inacceptables:

"C'est quoi l'hygiène buccale?"

Lors d'une installation de sonde à demeure, lubrifier la sonde en la passant sous l'eau du robinet.

Enlever la sonde sans dégonfler le ballonnet.

Défaire un pansement avec des gants stériles et refaire le pansement et la désinfection avec les mêmes gants. Le client étant infirmière et demandant à l'exécutante de changer de gants, cette dernière répondit: "C'est pour me protéger ces gants et non pour vous protéger!"

Sens des responsabilités.

Mon expérience en temps que coordonnatrice m'a permis de noter un manque flagrant des responsabilités chez ces finissantes qui est peut-être relié aussi à une certaine insouciance. Ce manque de responsabilités vient peut-être du fait du manque d'intégration des connaissances théoriques et du manque d'expérience clinique. Ayant que très peu eu la chance de concrétiser leurs connaissances, elles trouvent difficile d'appliquer les techniques et font *difficilement les liens entre les actions et les résultats*. Elles ne semblent pas impliquées dans les conséquences de leurs gestes. Voici quelques exemples qui me permettent de parler ainsi:

prendre les signes vitaux mais ne pas rapporter les changements importants: Ex.: T° 38,5C - PA 80/60;

la nuit, faire une tournée c'est ouvrir et fermer les portes de chambre;

le soluté est perméable: il coule, même si la patiente a le bras oedémateux;

allant souper, une infirmière avise l'assistante qu'il ne reste que 75ml dans un soluté qui perfuse dans une sous-clavière. À l'arrivée dans la chambre, l'assistante réalise que le soluté est tout passé... À son retour, l'infirmière grandement réprimandée répond: "Ben! ça a passé tout droit: l'erreur est humaine"; voici une parole de défense couramment employée.

J'aurais aimé faire plus de recherche sur ce point à mon sens, primordial, mais le temps me manque. Marlène Kramer, dans son livre, ne parle pas de cette lacune chez ses finissantes. Est-ce propre à nos infirmières québécoises? Est-ce dû à leur jeune âge? Est-ce le résultat de leur éducation et de notre société quelque peu insouciante? Autant de questions que je me pose et qui restent à éclaircir.

Difficulté d'organisation.

Une grande difficulté que j'ai pu constater chez les nouvelles infirmières et même chez celles qui ont terminé depuis quelques années, est la difficulté à organiser leur travail. Commencer à donner un traitement et le laisser en suspend par oubli de matériel, ou pour aller faire d'autres tâches, voici ce qui se vit couramment. Pas de suite logique dans l'organisation du travail avec, comme résultat, une fatigue importante à la fin de la journée et une difficulté à joindre les deux bouts.

Dans le travail quotidien, la finissante est confrontée à moins de précision que durant la période scolaire, à cause de la surcharge des

obligations cliniques qui arrivent au même moment. Confrontée à soigner de cinq à dix malades, la finissante est baignée dans une situation où elle a de la difficulté à en estimer les priorités. Elle est aussi confrontée au facteur temps: poser beaucoup de gestes en peu de temps. Peu de temps pour poser des questions. Elle a peu de ressources et plus de décisions à prendre. Elle se sent dépourvue et n'aime pas aller demander. Demander perpétue son statut d'étudiante et avoue son ignorance. Ainsi, n'est-il pas surprenant de retrouver de tels agissements:

> Ne pas donner de gavage par manque de temps.
>
> Ne donner aucun autre soin infirmier au patient alité, quand le matelas pneumatique est employé.
>
> "Je ne ferai pas le rasage de cet opéré, je n'ai pas le temps!"
>
> "C'est trop long de donner le gavage en quarante-cinq minutes; je n'ai pas le temps!"

Kramer affirme que travailler dans une telle incertitude et dans une telle ambiguïté, conduit au rituel. Le rituel aide les gens ayant de profondes incertitudes. Kramer est le type de travailleur qui a abandonné les buts et le côté rationnel inhérent aux comportements et qui ne porte son action que sur les moyens. Il est donc facile pour notre débutante, de développer ce travail rituel et d'y demeurer si elle ne parvient pas à trouver le temps de faire les recherches pour répondre à ses points d'interrogations. Une grande tendance est de prendre le moyen le plus facile et de demeurer inerte comme le dit cet exposé d'une nouvelle graduée:

> "Au cegep on me disait de tout expliquer au patient, tous les examens, tout ce qui va se passer. À l'hôpital, on ne peut pas toujours le faire soit par manque de temps, soit parce que je ne le sais pas ou qu'il n'y a pas de livres à ma portée à l'hôpital ou chez-moi. Bien sûr je pourrais aller dans une bibliothèque le soir, mais après une journée de travail, j'ai parfois autre chose à faire ou c'est par paresse, je l'admets."

Facteur temps.

Au cegep, l'étudiante a un horaire stable et flexible à la fois. Elle planifie sa vie sociale en fonction de toutes ses soirées et de ses fins de semaines qui sont libres. L'horaire des cours fait place à une certaine liberté: elle peut ou non assister à certains cours sans trop de conséquences; certains jours sont remplis, d'autres libres. Dans le milieu du travail elle doit commencer à temps, finir à temps et aller dîner à temps. Les horaires changent et elle doit se résigner à travailler les fins de semaines, le soir, la nuit. Elle doit donc réajuster sa vie sociale et s'habituer à ses nouvelles exigences. Certaines semblent avoir un peu de difficulté quand on entend: "J'ai oublié de venir travailler".

L'incompétence du milieu du travail.

Pendant ses expériences cliniques, l'étudiante n'a pas été assez intégrée au milieu pour vraiment réaliser les lacunes de ce milieu. Une fois sur le marché du travail, elle réalise que, dans ce milieu, il y a de l'incompétence de la part des médecins et des infirmières. Elle s'aperçoit que, suivant les personnes, les réponses à ses questions diffèrent ou qu'elle n'a pas de réponse. Elle s'étonne qu'on pose des gestes ne sachant pas comment ni pourquoi. Comme le dit cette infirmière:

> "J'avais l'impression au début que tout le monde savait s'organiser, planifier ses soins, mais je me suis vite rendue compte qu'il y en a qui ne voient pas encore les priorités après plusieurs années, qui ne semblent pas attacher d'importance aux patients et qui n'essaient pas non plus de s'améliorer."

L'influence du milieu.

L'étudiante est sensible à l'attitude du personnel à l'égard de son intégration au milieu. Elle se sent souvent supportée par les infirmières

qui ont conscience des problèmes que vivent ces débutantes. Par contre, elles peuvent être marquées par la non coopération de certaines autres. Les préposées sont une catégorie du personnel qui les influenceront grandement. Tantôt elles les aideront et tantôt elles leur nuieront. Certaines retrouvent leur estime en soi dans l'attitude du médecin qui, lui, les considère comme professionnelles. Voici certaines de leurs réflexions:

> "Je peux dire que 90% du personnel a été très gentil. Elles m'ont aidé à m'intégrer facilement au groupe. Elles me rassuraient, m'aidaient à certaines tâches sans m'abaisser. Tandis que l'autre 10% me disait: "Laisse faire je vais le faire moi-même, tu n'es pas assez habituée!" Certaines me donnaient l'impression de ne pas avoir vécu ce que je vivais, surtout celles graduées depuis plusieurs années. Elles semblaient espérer que je travaille aussi vite qu'elles, sans que je leur pose de questions. Elles semblaient me laisser ce qu'elles n'aimaient pas faire."

> "Certaines préposées semblaient vouloir m'aider tandis que d'autres voulaient tout simplement m'en "montrer". Certaines infirmières m'ont aidé à prendre confiance en moi en me montrant que j'avais du potentiel, en comprenant ce que je ressentais et aussi en m'aidant à faire certaines techniques."

> "J'ai trouvé valorisant certains médecins qui se sont fiés à moi en me demandant ce que je jugeais dans l'état du patient ou ce que j'avais observé. J'ai alors eu l'impression d'agir en collaboration et non seulement être celle qui exécute les prescriptions médicales."

Passer à travers toutes ces difficultés et réussir à résoudre tous ces conflits, n'est pas facile. Solutionner ces conflits et devenir biculturel, voici ce qu'on doit souhaiter pour le futur. Choisir les valeurs utiles du milieu de travail et rejeter celles qui ne le sont pas, garder et intégrer certaines valeurs apprises à l'école et devenir des agents de changements dans leur milieu de travail, c'est ce qu'on doit espérer

pour nos futures infirmières.

Pour y arriver il nous faudra retrousser nos manches et améliorer le présent système d'éducation. Ces étudiantes et bientôt ces finissantes ont besoin qu'on améliore leur sort, si on veut au bout de la ligne, améliorer nos soins.

Comme point de départ, peut-être faudrait-il demander: Comment peut-on diminuer l'impact du "choc de la réalité" chez les finissantes? Minimiser les conflits, les aider à intégrer les deux cultures est un moyen d'améliorer les soins aux malades. Comme nous l'avons vu, étant donné que l'étudiante arrive sur le marché du travail avec des valeurs non confrontées, avec une socialisation d'enfant et non d'adulte, peut-être faudrait-il penser une solution qui permette le début d'une socialisation adulte avant l'entrée sur le marché du travail.

Il faudrait avant tout augmenter les heures d'expériences cliniques, pour permettre à l'étudiante une plus grande possibilité de mettre en application ses valeurs et de s'évaluer vis-à-vis de sa propre performance. En plus, l'étudiante apprendrait à mieux connaître le milieu du travail et s'y sentirait plus à son aise. Un internat à la fin des trois ans serait-il à envisager? Comme dit Mme Kramer:

> "Il ne faut pas oublier que l'habileté manuelle est une source de base nécessaire à l'infirmière. Cette nécessité d'avoir une certaine dextérité dans l'application des techniques manuelles est une réalité et en demeurera une. Donner des soins continus et compréhensifs requiert que l'étudiante soit une infirmière à part entière, équipée non seulement de principes de communication et d'habileté d'interprétation, mais aussi d'habileté d'actions."

Le contenu théorique serait sans doute aussi à réévaluer. Il est temps que le professeur prenne conscience que nous ne formons pas seulement des étudiantes pour qu'elles soient capables de passer leurs

examens de l'Ordre des infirmières et des infirmiers. Il faut arrêter de leur bourrer le crâne avec cette masse de pathologie médicale, mais leur donner l'essentiel: une base qui soit assimilable, qui amène l'étudiant à agir d'une façon rationnelle, qui l'amène, par raisonnement, à déduire ses interventions infirmières.

Pour diminuer l'écart entre les deux cultures, Kramer dans son livre préconise un programme d'anticipation sociale pendant le cours d'infirmière, qui aurait pour but de débuter la socialisation adulte pendant la période scolaire. Ce programme planifierait des situations spécifiques de conflits, susceptibles d'être vécues dans le milieu du travail et pour lesquelles l'étudiante serait amenée à réagir et à se forger une armure pour garder ses valeurs. C'est en quelque sorte, une immunisation face au milieu du travail. Une information concernant le "choc de la réalité" et ses phases, des valeurs du système bureaucratique qu'est le milieu hospitalier, ainsi que les possibilités de solutions, ferait aussi partie de ce programme. C'est en quelque sorte, informer les étudiantes sur les réalités du monde du travail et les amener à développer des stratégies pour faire face aux conflits et former des infirmières protégées.

Pour déterminer la pertinence d'un tel programme, Kramer suggère que les professeurs en viennent à demander à leurs finissantes les questions suivantes:

"Avez-vous rencontré des surprises quand vous avez commencé à travailler?"

"Quelles sont les choses pour lesquelles vous vous êtes senties non préparées?"

"Comment avez-vous agit dans les situations difficiles?"

"Avez-vous pu influencer les autres dans l'amélioration des soins?"

Les réponses à ces questions pourront dire si oui ou non, les étudiantes ont besoin d'un programme d'anticipation sociale et quels en devraient être les éléments composants. Si un programme d'une telle envergure n'est pas applicable, au moins informer l'étudiante du processus du choc de la réalité serait décent. Savoir que la très grande majorité y sont confrontées et qu'elles ne sont pas seules à la vivre, peut aider l'étudiante à diminuer son sentiment de culpabilité et d'infériorité quand elle vit ce contexte.

Kramer suggère aussi que les nouvelles graduées aient l'opportunité de verbaliser leurs expériences de travail et les conflits qu'elles rencontrent pendant la période d'intégration au marché du travail, à l'intérieur d'un programme d'éducation où le secteur éducation et les infirmières-chefs seraient impliquées. L'infirmière-chef et les infirmières qui reçoivent les étudiantes en orientation, devraient connaître le processus de socialisation que vit la nouvelle graduée, ainsi que les signes et les symptômes des différents stades au choc de la réalité. Le support apporté à ces finissantes serait ainsi primordial.

Cet exposé n'est qu'une ébauche de ce que vivent nos nouvelles graduées. Ma participation à ce travail m'a permis de réaliser l'ampleur du problème et la multitude de questions qui demandent recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Kramer, Marlène, Reality Shock. Why nurses leave nursing, Saint-Louis, The C.V. Mosby Company, 1974.

ANNEXE I

IDENTIFICATIONS PERSONNELLES DES BESOINS D'ORIENTATION

	J'ai la connaissance théorique et pratique.	Je n'ai ni connaissance théorique, ni connaissance pratique.	Je n'ai que la connaissance théorique.	J'ai la connaissance pratique, mais ai besoin de compléter les connaissances théoriques.	REMARQUES
	%	%	%	%	
Procédures de diagnostic					
1. Profil du client.	70,5	15,9	13,6	0	
2. Prélèvement par ponction veineuse.	77,4	4,5	13,6	4,5	
3. Signes vitaux.	100				
4. Lecture de la tension veineuse	34	4,5	52,5	9	
6. Monter l'appareil de la T.V.C.	2,2	41	47,8	9	
7. Clinitest et Acetest.	95,5	0	4,5	0	
8. Mesure des ingesta et des excreta.	97,8	0	2,2	0	
9. Pesée par balance métabolique	20,5	56,8	15,9	6,8	
10. Mesure de la densité urinaire.	25	36,5	34	4,5	
11. Collecte urinaire.	81,8	0	18,2	0	
12. Culture des urines.	82	2,2	13,6	2,2	
13. Filtration des urines.	15,9	25	56,9	2,2	
14. Appréciation du globe vésical.	47,8	4,5	45,5	2,2	
15. Hémoculture.	29,5	18,1	52,4	0	

IDENTIFICATIONS PERSONNELLES DES BESOINS D'ORIENTATION

	J'ai la connaissance théorique et pratique.	Je n'ai ni connaissance théorique, ni connaissance pratique.	Je n'ai que la connaissance théorique.	J'ai la connaissance pratique, mais ai besoin de compléter les connaissances théoriques.	REMARQUES
	%	%	%	%	
Administration des médicaments.					
1. Préparer et administrer des médicaments par voie:					
a) orale;	100	0	0	0	
b) I.M.;	100	0	0	0	
c) sous-cutanée;	90,9	0	9,1	0	
d) I.V. - administration et effet;					
e) tubulure de soluté;	84	0	11,4	4,6	
f) intra rectale;	81,8	0	16	2,2	
g) vaginale.	31,8	4,5	63,7	0	
2. Administration de l'insuline.	68,3	0	29,5	2,2	
3. Administration de tonicardiaque.	75	11,3	13,7	0	
4. Administration d'anticoagulant.	59	2,2	38,8	0	
5. Application de gouttes et de pommades ophtalmiques.	86,5	0	11,3	2,2	

IDENTIFICATIONS PERSONNELLES DES BESOINS D'ORIENTATION

	J'ai la connaissance théorique et pratique.	Je n'ai ni connaissance théorique, ni connaissance pratique.	Je n'ai que la connaissance théorique.	J'ai la connaissance pratique, mais ai besoin de compléter les connaissances théoriques.	REMARQUES
	%	%	%	%	
Traitements.					
1. Installation d'un soluté.	72,8	0	25	2,2	
2. Contrôle de l'administration de soluté I.V.	95,5	0	4,5	0	
3. Installation et surveillance d'une transfusion sanguine.	29,6	34	36,4	0	
4. Installation de tubes gastriques.	34	2,2	63,8	0	
5. Assurer la perméabilité du tube gastrique par: a) succion avec seringue;	79,7	2,2	18,1	0	
b) maintient du fonctionnement adéquat avec un appareil.					
6. Administration d'un gavage.	61,5	0	36.3	2,2	
7. Cathétérisme vésical: a) chez l'homme;	16	2,2	81,8	0	
b) chez la femme.	63,7	0	36,3	0	
8. Lavage et instillation vésicale.	84	0	16	0	
9. Lavement évacuant.	93,2	0	6,8	0	
10. Tube rectal.	40,9	2,2	56,9	0	
11. Pansements divers.	81,9	0	15,9	0	

IDENTIFICATIONS PERSONNELLES DES BESOINS D'ORIENTATION

	J'ai la connaissance théorique et pratique.	Je n'ai ni connaissance théorique, ni connaissance pratique.	Je n'ai que la connaissance théorique.	J'ai la connaissance pratique, mais ai besoin de compléter les connaissances théoriques.	REMARQUES
	%	%	%	%	
12. Bandages divers.					
13. Port du bas élastique.	56,9	0	43,1	0	
14. Enlever: a) points de suture;	63,8	2,2	31,8	2,2	
b) agrafes.	9	43,2	41	6,8	
15. Soins de plaies de lit.	84	0	16	0	
16. Technique d'isolement.	56,9	0	43,1	0	
17. Réanimation cardio-respiratoire.	9	0	91	0	
18. Exercices respiratoires ré-opératoires.	88,6	0	11,4	0	
19. Exercices spirométriques.	87,8	2,2	0	0	
Soins généraux.					
1. Application de glace.	88,6	0	11,4	0	
2. Application de chaleur.	61,5	2,2	36,3	0	
3. Oxygénation: a) par canule;	31,8	4,5	61,5	2,2	
b) par tente faciale.					
4. Maintient de l'intégrité des positions anatomiques.					
5. Matelas à pression alternative .	41	18,1	40,9	0	

IDENTIFICATIONS PERSONNELLES DES BESOINS D'ORIENTATION

	J'ai la connaissance théorique et pratique.	Je n'ai ni connaissance théorique, ni connaissance pratique.	Je n'ai que la connaissance théorique.	J'ai la connaissance pratique, mais ai besoin de compléter les connaissances théoriques.	REMARQUES
	%	%	%	%	
6. Installation de moyens mécaniques de contrainte pour la sécurité du client.					
a) Drainage postural.	77,4	4,5	18,1	0	
b) Percussion.	20,4	4,5	72,9	2,2	
7. Changement de bouteilles de drainage thoracique.	25	6,8	63,7	4,5	
8. Soin d'une cliente inconsciente.	66	0	34	0	
9. Soin d'un client convulsif.	43,2	0	56,8	0	
10. Soin d'un client hémiplégique.					
11. Soin d'un client en phase terminale.	72,7		27,3		
12. Soin chez le trachéotomisé.	43,1	0	56,9	0	
13. Soin du stomisé (iléo-colostomisé et gastrostomisé).	47,5	4,5	47,5	0	

L'ÉTHIQUE DANS LA TÂCHE PROFESSIONNELLE EN TECHNIQUES INFIRMIÈRES

Georges Legault, professeur de philosophie et d'éthique, Université de Sherbrooke.

Comme l'indique le titre de cet atelier, *L'éthique dans la tâche professionnelle en Techniques infirmières*, mon intention est aujourd'hui non pas de vous suggérer des recettes à suivre, mais plutôt des réflexions sur les deux points suivants: la tâche professorale d'une part et le rôle des valeurs dans cette tâche d'autre part. Ces réflexions nous amèneront, je l'espère, à une discussion fructueuse non seulement pour vous, mais aussi pour moi, permettant ainsi à l'atelier de réaliser les objectifs de ce colloque "Ressourcement et envol".

Afin de mieux cerner cette vaste question qu'est le rôle des valeurs dans la tâche professorale en Techniques infirmières, je propose une première réflexion sur ce qu'est la tâche professorale en elle-même et, plus particulièrement, la tâche professorale en Techniques infirmières puis une autre réflexion sur la question même de l'éthique afin de mieux saisir les relations qui existent entre ces deux notions.

Je reconnais très volontiers que vous en savez plus que moi au niveau de la tâche professorale en Techniques infirmières puisque c'est une dimension que vous vivez chaque jour. Et je pense aussi que vous avez raison de vous demander ce qu'un philosophe peut vous apporter à ce sujet. Certes, je ne pourrai pas parler de la tâche professorale de votre point de vue,c'est-à-dire de l'intérieur, mais je peux en parler du point de vue externe. C'est peut-être là qu'il faut voir un avantage puisque mon rôle est en quelque sorte celui d'un miroir qui ne voit que l'extérieur, mais qui oblige à prendre conscience que l'idée qu'on se fait de l'intérieur n'est pas nécessairement celle projetée. De plus, l'enseignement demeure l'enseignement, les mécanismes (programmes) et les problèmes (de communication et des valeurs) sont analoques peu importe la discipline:

techniques infirmières, philosophie, psychologie... c'est pourquoi je commencerai par traiter ce point.

En effet, être professeur n'est pas une chose facile bien que beaucoup aient tendance à penser le contraire, car la tâche professorale subit des pressions de toutes parts. Comme nous allons le constater, le professeur ne travaille pas qu'en regard de lui-même, il est tenu de rendre bien des comptes et à bien d'autres. La tâche professorale ainsi s'inscrit dans une institution particulière, par exemple le cegep qui dépend d'une organisation: le ministère de l'Éducation qui lui-même doit rendre des comptes au public. Dans la mesure où chaque instance, cegep, ministère,est autonome, elle impose certaines contraintes à l'enseignement. Pensons aux différents projets locaux de développement ou au Livre blanc sur l'enseignement collégial. Dans la mesure où chaque instance dépend de l'autre, des contrôles s'exercent: contrôle de la qualité de l'enseignement, contrôle des dépenses; songeons à ce sujet aux difficultés des dernières négociations sur ces points notamment au niveau de l'activité départementale.

Mais ce que nous venons d'aborder n'est qu'une première chaîne de pression sur la tâche professorale. L'autre chaîne va de l'étudiant au marché du travail puisque l'étudiant, bien qu'il n'en soit pas toujours conscient, exerce lui aussi une pression sur la tâche professorale. En arrivant au cegep il est déjà formé. Certes sa conception de la vie est plus ou moins confuse, mais elle existe et elle est le produit d'une éducation antérieure, éducation familiale, éducation intégrée lors des études primaires et secondaires et de ses expériences personnelles. Il arrive donc au cegep plus ou moins motivé, plus ou moins intéressé, avec une certaine conception de l'orientation que va prendre sa vie. Or, l'enseignement s'adresse à lui et devrait, si cela réussit, le conduire du point D (début) au point F (fin). Certes cette fin c'est le succès scolaire, le D.E.C., mais plus que cela encore, l'examen de l'Ordre des infirmières et des infirmiers et le marché du travail. Comme dans l'autre chaîne de pression nous voyons que chaque instance jouit d'une autonomie

relative et impose ses contraintes sur l'enseignement, conditions de réussite du D.E.C., conditions de réussite de l'Ordre, conditions du marché du travail. Toutefois cette autonomie est relative puisque la dépendance de chaque instance fait exercer un contrôle réciproque. Les étudiants peuvent contester un cours et un programme, les examens de l'Ordre obligent un type d'enseignement et le marché du travail impose ses contraintes, car on ne peut pas enseigner n'importe quoi.

Une troisième chaîne de pression s'exerce sur le professeur par le département auquel il appartient et par les autres départements qui enseignent aux mêmes étudiants que lui. Cette pression est plus évidente lorsque l'on analyse les discussions qui ont suivi l'apparition du concept de module dans le rapport Nadeau. Dans ce rapport, l'idée principale était de regrouper toutes les disciplines qui sont enseignées aux mêmes étudiants, par exemple en Techniques infirmières, et d'assurer un programme où chaque discipline rendrait service à la clientèle spécifique. À l'extrême, cela donnait une philosophie, une psychologie, une histoire pour les étudiants de Techniques infirmières et une philosophie, une psychologie et une histoire différentes pour les autres techniques. Dans cette perspective, les cours du général devenaient des cours de service, secondaires et utiles uniquement dans la mesure où ils pouvaient se justifier par rapport au programme de base. Si l'idée de module n'a pas été implantée au niveau provincial, elle fait périodiquement son apparition dans les institutions sous des formes modifiées. Ce qui est en cause ici c'est la compétition des savoirs et leur importance relative à la formation des étudiants.

Ainsi, lorsque le professeur accomplit sa tâche, il s'inscrit dans tous ces réseaux de pression. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il n'est pas uniquement passif, mais qu'il a lui aussi une formation, qu'il épouse une conception de la vie et du travail. Sa tâche professorale concrète est le résultat de ses réactions face à l'ensemble des pressions.

L'éthique est partout dans ces trois chaînes de pression qui

caractérisent la tâche professorale et afin de mieux cerner son rôle, tentons de préciser le sens de ce mot. Ce terme est aujourd'hui plus souvent employé dans le sens d'éthique professionnelle qui signifie "l'ensemble des règles qu'un corps professionnel se donne pour éviter les abus dans l'exercice de sa pratique". Dans son sens le plus général, éthique signifie "l'ensemble des règles qui orientent une conduite". Or, toute règle qui détermine ce qu'on doit faire ou ne pas faire, dans l'enseignement par exemple, s'établit sur une valeur. C'est parce qu'on croit à la valeur d'une chose qu'on impose une règle permettant de l'atteindre.

L'univers des valeurs est fort complexe, car les valeurs ont de multiples facettes; elles sont à la fois subjectives et objectives; elles ne s'organisent pas n'importe comment; elles entrent en conflit les unes avec les autres et elles peuvent aussi servir à masquer certaines choses. Étudions brièvement ces valeurs dans chacun de leurs aspects.

Elles sont subjectives. Pour qu'une valeur puisse, en effet, orienter l'action d'un individu, il faut que ce dernier adhère à elle, c'est-à-dire que l'individu reconnaisse que tel objet ou tel comportement est meilleur qu'un autre et qu'il désire agir en conséquence. Or, cette reconnaissance d'une valeur n'est pas toujours consciente; c'est là l'aspect objectif dont je parlerai plus loin. Et puisque c'est l'individu qui adhère aux valeurs, on peut s'interroger sur ce qui le pousse ainsi non pas à adhérer à telle ou telle valeur mais à des valeurs?

Selon moi, (c'est une hypothèse que j'avance et qui nécessiterait une longue vérification) il y a un rapprochement à faire entre le phénomène de valorisation personnelle, l'aspect narcissique de chaque homme et les valeurs. En effet, le sentiment d'être fier de soi, de valoir quelque chose accompagne nos actions et leur donne le sens de la valeur. Les actes que nous posons et la valeur que nous leur donnons forment le miroir de notre propre valeur. C'est parce que je fais des actions que je juge bonnes, ayant de la valeur, que je me sens valorisé. Ce rapprochement entre les valeurs et la fonction narcissique me semble justifié d'après l'expérience quotidienne des individus et d'après la littérature sur le

travail à la chaîne et sur le travail inutile. Quand l'action que je fais est inutile ou quand je subis un échec, car l'échec c'est de ne pas atteindre la valeur proposée, il s'en suit une blessure, une blessure face à mon image, blessure narcissique, perte de confiance en soi momentanée ou prolongée selon les individus. Pour assurer son équilibre, la personne recourt à différentes solutions, soit rejeter la faute sur autrui, soit revendiquer des circonstances atténuantes, soit vouloir "reconfirmer" son image etc. Toutes ces solutions visent le même but: assurer son équilibre afin de continuer à vivre.

Prenons un exemple pour clarifier cet aspect subjectif des valeurs et pour qu'il ne soit pas hypothétique, regardons notre situation présente; cet atelier. J'y ai été invité comme personne ressource et si j'ai accepté d'y prendre part, c'est parce qu'il y avait dans cette action plusieurs valeurs impliquées. Premièrement, j'adhère à la valeur de la communication. Je ne serais pas ici et vous non plus, s'il n'y avait pas une valeur rattachée à ce genre de colloque. Deuxièmement, je considère que la philosophie a un mot à dire dans le domaine de l'éducation. Dans une certaine mesure, ceux qui ont choisi cet atelier adhèrent aussi à cette valeur. Comme dans l'enseignement, c'est dans la mesure où la communication sera réussie entre nous que l'activité de venir au colloque aura réalisé sa valeur. Si cette communication est presque nulle nous serons devant un échec. "J'ai perdu mon temps". Évidemment, il y aura au moins deux façons d'interpréter l'échec. Pour la personne ressource elle peut dire, afin de panser la blessure narcissique, que c'est la faute de l'auditoire: c'est la solution de l'incompris; ou bien dire que le colloque a été mal organisé: c'est le recours aux circonstances atténuantes; enfin, elle peut affirmer: "J'ai tiré une leçon, la prochaine fois j'irai parler à des philosophes", c'est la volonté de "reconfirmation" de son image. Pour ceux qui participent au colloque, il y a aussi une façon de nier leur part de responsabilité dans la réussite de la valeur. "Ce n'est pas de ma faute, diront certains, si je m'endormais ou si j'étais inattentif, c'est la personne ressource qui est soporifique ou bien c'est son sujet." D'autres diront: "C'est le colloque qui est mal organisé".

Cet exemple, vous l'aurez deviné a été choisi à cause des parallèles qu'on peut tracer avec votre enseignement. Dans votre vie enseignante vous êtes à ma place, vous adhérez à certaines valeurs dont celle de l'éducation, celle des cours et du contenu de vos cours. Cependant, de l'autre côté, les étudiants n'adhèrent pas tous de la même façon ou avec la même intensité aux valeurs qui orientent votre enseignement. C'est pourquoi, pour certains d'entre eux les cours et les travaux demandés n'ont pas de sens, de valeur en eux-mêmes mais seulement en vue de la sortie. Comme le prisonnier qui doit casser des cailloux ou l'ouvrier qui fait un travail dénudé de sens et qui pense à son salaire, ou encore l'étudiant qui, ou bien subit les cours et les travaux puisqu'il n'a pas le choix ou bien attend sa seule récompense, la note (si elle est valorisante).

Faire comprendre à l'étudiant les valeurs impliquées dans votre enseignement et pourquoi elles ont été choisies parmi d'autres devient aujourd'hui une partie de votre enseignement. Sans cette connaissance des présupposés à l'enseignement, l'étudiant qui possède subjectivement d'autres valeurs ne peut s'intégrer dans le cadre des valeurs proposées par votre enseignement. Or, ce qui fait qu'une valeur a été préférée à une autre ne dépend pas du seul professeur, mais de tout l'environnement culturel; c'est en ce sens que les valeurs sont objectives.

Si subjectivement les valeurs jouent un rôle dans la valorisation de l'individu elles n'en sont pourtant pas le produit. La valorisation de soi est aussi une valorisation qui passe par les autres. Comme le rappelle Simone de Beauvoir, reprenant le philosophe Descartes, "le malheur de l'homme vient de ce qu'il a d'abord été un enfant". En effet, l'enfant se continue, devient homme par l'action des autres et les autres, c'est d'abord les parents qui forment le miroir de la valorisation. Ainsi l'enfant apprend ce qui est bon, ce qui a de la valeur, par le biais des parents. Évidemment à l'adolescence, l'enfant pourra rejeter certaines valeurs: c'est le lieu du conflit des valeurs entre parents et enfants. Cependant, certaines valeurs sont conservées et les nouvelles valeurs ne

le seront que si la personne partage avec d'autres ses valeurs. Ces derniers deviennent le nouveau miroir de sa valeur. Les valeurs sont donc culturelles et sociales, car elles dépendent du milieu dans lequel on vit, milieu familial, milieu scolaire, province, pays, continent.

L'aspect objectif des valeurs joue à deux niveaux dans l'enseignement. D'une part, l'étudiant est déjà formé lorsqu'il arrive au cegep. Il adhère à certaines valeurs issues de son expérience antérieure. Or, ces valeurs peuvent entrer en conflit avec celles proposées dans l'enseignement. Dans ce cas, il risque d'y avoir obstacle dans la réussite du cours. D'autre part, l'enseignement est sous la direction du ministère de l'Éducation, ministère qui doit rendre des comptes au peuple. Or, on ne peut nier que l'enseignement accomplit une charge sociale, il prépare les individus afin qu'ils occupent une place dans la société. La tâche du ministère est donc de s'assurer que le système d'éducation accomplisse adéquatement cette fonction. Ainsi, les programmes seront organisés en fonction des valeurs économiques et sociales d'une époque. La chaîne de pression dont j'ai parlé au début, s'exerce au niveau des valeurs. Dans la mesure où les valeurs proposées dans l'enseignement correspondent suffisamment à celles du ministère et à celles de la population, les programmes ne seront pas modifiés, ni au niveau du contenu, ni au niveau de la qualité de l'enseignement. Cependant, qu'il arrive un conflit de valeurs, alors les revendications apparaissent pour un contrôle plus sévère. Par exemple, on se souvient des reproches adressés depuis deux ans à certaines disciplines des sciences humaines au cegep. Mais les valeurs proposées par le programme ne sont pas toutes imposées par le ministère, loin de là. On valorise à l'école ce qui est valorisé dans le milieu socio-culturel et ces valeurs vont de soi: valorisation de la productivité scolaire, valorisation des sciences empiriques, valorisation de la spécialisation, valorisation de la quantité.

Ainsi, la personne au fur et à mesure de son développement et de ses expériences en société rencontre une multitude de valeurs, valeurs en conflit les unes aux autres. Or, comment organiser ces valeurs?

Les valeurs n'existent pas en soi. Toute seule, une action n'est jamais bonne ou mauvaise, elle ne l'est qu'en rapport avec quelque chose. L'action prend donc sa valeur dans la mesure où elle permet d'atteindre une fin visée. Ainsi, toutes les valeurs forment une hiérarchie dans la mesure où telle action est un moyen pour atteindre cette fin qui est un moyen pour une autre fin. Évidemment, il pourra y avoir beaucoup de discussions à tous les niveaux. L'action est-elle la meilleure pour atteindre la fin Y et la fin Y est-elle la meilleure pour atteindre Z? Mais il y a un autre lieu de discussion, celui de la fin dernière de nos actions. Quel est le but dernier de mes actions prises en un ensemble? Depuis l'antiquité grecque, les philosophes ont proposé différents systèmes de valeur ayant pour fin dernière le bonheur, mais proposant différentes valeurs intermédiaires pour l'atteindre. Il ne s'agit pas de résumer ces systèmes, mais de comprendre que toutes les valeurs s'insèrent dans une dynamique conduisant au but dernier. Organiser les valeurs est le problème de tout individu et de toute société. C'est pourquoi, il faut en tenir compte lorsqu'il s'agit d'examiner les valeurs en jeu dans la tâche professorale en Techniques infirmières.

Au niveau de l'individu, étudiant comme professeur, le travail, celui d'enseignant(e), d'infirmier(ère) constitue un moyen dans l'ensemble de leur vie et de ce fait, occupe une place dans la hiérarchie des valeurs. Cette place sera différente selon les individus, dans la mesure où le travail sera perçu et vécu comme un moyen de valorisation de soi, donc comme une valeur ou seulement comme un moyen d'obtenir un salaire qui permettra une activité valorisante et valorisée. La perception du travail particulier sera dépendante de la valeur qu'on attribue à tout travail. On ne peut inciter les personnes à adhérer à la valeur attachée à la fonction que si elles acceptent au préalable que le travail est une source de valorisation. En Techniques infirmières, comme dans tout secteur de travail, la motivation d'un individu à accomplir sa tâche dépend en partie du sens qu'il donne à cette fonction et de la perception sociale qu'en ont les autres.

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement collégial

Ressourcement et Envol

Rapport

Colloque des Techniques infirmières

Troisième partie

Collège de Maisonneuve, Montréal

2 au 5 juin 1980

15-5815-03

EDUQ 8570401 C

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement collégial

Ressourcement et Envol

Rapport

Colloque des Techniques infirmières

Troisième partie

Collège de Maisonneuve, Montréal — 2 au 5 juin 1980

15-5815-03

ISBN - 2-550-04208-5 (No édition complète)

ISBN - 2-550-04207-7 (No 3e partie)

Dépôt légal: quatrième trimestre 1980
Bibliothèque nationale du Québec

En juin 1980 avait lieu le premier colloque sur l'enseignement des soins infirmiers au Québec. Cet événement qui s'inscrit dans le cadre des services d'animation pédagogique offerts aux professeurs par la Direction générale de l'enseignement collégial a suscité beaucoup d'intérêt. Plus de six cents personnes des milieux de l'enseignement et des milieux cliniques ont accepté l'invitation du Comité d'organisation.

Les conférenciers, les personnes ressources et les participants ont contribué à l'atteinte des objectifs du colloque:

une occasion pour les professeurs de soins infirmiers de réfléchir sur la pertinence de leur enseignement en regard d'une pratique professionnelle capable de satisfaire les attentes de la société québécoise en matière de soins infirmiers;

une occasion pour les praticiennes et les éducatrices de soins infirmiers de renouer un dialogue peut-être interrompu lors de l'intégration des écoles d'infirmières au système d'éducation;

une occasion pour la diffusion du plan d'action prévu pour la révision du programme d'études au niveau collégial;

une occasion pour un ressourcement d'abord.

Nous croyons que la publication de ce rapport est une contribution à l'envol.

Le comité d'organisation:

Cécile Lambert, Collège de Maisonneuve;
Michel Fortin, Collège de Bois-de-Boulogne;
Solange Hotte, Collège Saint-Laurent;
Denyse Théberge-Rousselet, Collège Montmorency.

décembre 1980

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CONFÉRENCES

Inauguration, Denis Olivier. 1

Présentation du thème: "Ressourcement et Envol", Cécile Lambert. 11

Adaptation du "curriculum" en fonction du renouvellement de la profession, Carrie B. Lenburg. 33

L'application d'un modèle conceptuel au programme d'études collégiales, Evelyn Adam. 49

Les insolences d'une praticienne, Nicole David. 57

Le choc des attentes extérieures et intérieures chez l'enseignante de soins infirmiers, Claire Martin, 71,105

Hélène Pelletier-Baillargeon, 75

Césira Biffi, 83

Paul Inchauspé, 87

Francine Lalonde. 99

DEUXIÈME PARTIE

ATELIERS

1 - L'analyse interactionnelle professeur-étudiant dans l'enseignement des soins infirmiers. Pourquoi? Comment?, Denise Badeau. 119

2 - La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par vidéo-rétro-action, Margot Phaneuf. 149

3 - Le choix d'une expérience intégrée à une formation théorique, Denise Dionne. 175

4 - Évaluation clinique: le professeur évalue-t-il ce qu'il a enseigné ou ce que l'étudiant a appris?, Dolorès Plourde. 185

5 - Démarche utilisée pour la révision du programme au Collège Saint-Georges (séminaire) avec le cadre conceptuel de Virginia Henderson, Madeleine Demers, Micheline Roy, Claire B. Fontaine. 191

6 - Démarche utilisée pour la révision du programme du Collège Vanier avec le cadre conceptuel de Callista Roy, Georgiana Kish et Donna Rooney. 201

7 - Droit professionnel et responsabilité en soins infirmiers, Fernande Villeneuve. 219

9 - L'étudiante des Techniques infirmières est-elle libre de "s'auto-former" et de "s'auto-évaluer"?, Gladys Marcon. 233

10 - "Ne devient pas infirmière qui veut en pratique privée, Louise Fontaine. 239

11 - L'infirmière technicienne: sa raison d'être?, Madeleine Roy. 251

12 - S.V.P. aidez-moi: hier étudiante (je planifie des soins pour un client); aujourd'hui infirmière (je dois planifier pour six clients et...), Louise Boivin. 259

13 - L'éthique dans la tâche professionnelle en Techniques infirmières, Georges Legault. 285

14 - Les soins infirmiers: profession suicidaire?, Michel Demers. 299

15 - Étudiante infirmière on me "biologise", me "psychologise", me "sociologise" et...mais après...qui suis-je?, Luce Goulet-Côté, Paul Doyon, France Hubert, Raymond Lachance, Laurent Pellerin et des étudiantes. 313

TROISIÈME PARTIE

ATELIERS

16 - Application d'une théorie d'apprentissage en laboratoire clinique, Colette Fortier-Havelka. 319

17 - Simulation clinique: rapport d'une expérience vécue en laboratoire-collège avant et après les stages, Monique Lefèbvre, Suzanne Fournier. 349

18 - Regard sur la satisfaction des nouvelles infirmières et des responsables en milieu hospitalier après 5 ans - 10 ans de formation collégiale, Jeanne Aymée Richard. 387

19 - En quoi un cadre conceptuel de soins infirmiers se différencie-t-il de la démarche de "solution de problèmes"?, Lise Riopelle. 401

20 - Utilisation du cadre conceptuel de Dorothea Orem au Collège de Trois-Rivières, Louise Grondin. 411

21 - Présentation du cadre conceptuel élaboré par les professeurs du Collège Dawson et de son application pour la révision du "curriculum", Christiane Lohnes. 423

22 - "Des cours sur la santé: ça donne quoi?", Isabelle Delisle. 433

23 - Inscrire "la santé communautaire" au programme des Techniques infirmières: une utopie? Une réalité?, Monique Gascon. 439

24 - L'infirmière diplômée des cegeps est-elle une technicienne de soins infirmiers?, Gisèle Gaudreault et Lina Rahal. 443

26 - "Histoire de pouvoir" - Appel au pouvoir personnel des étudiants, Claire Lavoie. 501

27 - Révision d'un programme d'études et la résistance au changement des enseignants, Raymond Frégeau. 503

29 - La créativité en soins infirmiers? Voyons donc!, Hélène Lazure. 507

30 - Qui sont les infirmières-auxiliaires des polyvalentes? Le programme de passage d'infirmières-auxiliaires à infirmières correspond-il à leurs besoins ou à ceux des professeurs?, Ginette Bellemare. 511

APPLICATION D'UNE THÉORIE D'APPRENTISSAGE EN LABORATOIRE CLINIQUE

Colette Fortier Havelka, professeur de soins infirmiers, Collège du Vieux-Montréal.

La formation de l'infirmière a subi au Québec, au cours des années, certaines transformations liées aux changements des structures du système d'éducation, au développement de la profession et aux exigences nouvelles de la société. Cette formation qui, jadis, était la responsabilité des institutions hospitalières, se donne maintenant à l'intérieur des cadres des organismes d'enseignement: collèges et universités.

La formation de l'infirmière est donnée d'une part, par un enseignement théorique et d'autre part, par une expérience clinique qui couvre une grande partie du cours d'infirmière.

Le laboratoire clinique dans l'apprentissage des fonctions de l'infirmière fera aujourd'hui, l'objet de cette présentation. Nous verrons, dans un premier temps, ce qu'est l'apprentissage et nous décrirons brièvement la théorie de Gagné et le modèle de Bandura.

Dans un deuxième temps, nous réviserons certaines caractéristiques du laboratoire clinique incluant l'enseignant. La dernière partie de cet exposé consistera à présenter un rapport de recherche sur l'impact de certaines activités de laboratoire relatives à l'enseignement au client, sur l'attitude d'un groupe d'étudiantes de niveau collégial.

Apprentissage en laboratoire clinique.

Il serait difficile de choisir une théorie d'apprentissage sans, au préalable, se préoccuper, tout au moins, d'avoir une vue d'ensemble des principales théories modernes de l'apprentissage dont le nombre ne cesse de croître.

Plusieurs auteurs ont classifié les théories de l'apprentissage de

façon systématique selon les concepts qui les soutiennent ou selon l'ordre chronologique de leur développement. Hilgard et Bower (1975) présentent une classification basée sur les tendances des auteurs. En effet, ils reconnaissent les théories modernes suivantes:

le contrôle volontaire et les réponses involontaires;

le conditionnement de la neurone;

le biofeedback;

les théories du renforcement;

le développement de la mémoire;

les théories de l'apprentissage social;

le développement de l'observation.

Il est possible de discerner, sans avoir à approfondir chacune de ces théories, la dimension sous-tendue par chacune d'elle. Les théories modernes de l'apprentissage sont, en général, un résultat des explorations dans le domaine de la psychologie qui se consacre davantage à l'étude du comportement.

Le problème de la multiplicité des théories nous oblige souvent à recourir à un éclectisme cohérent qui est, nous le croyons, quelquefois une voie de solution à ce problème. Par contre, Thorpe et Schmuller (1956, p. 404-410) ont, par leurs recherches, surmonté cette difficulté en colligeant les éléments communs des principales théories de l'apprentissage et ont rapporté certains points de convergence qui se résument ainsi:

1. L'apprentissage, processus unifié. L'apprentissage, en effet, ne peut être isolé du fonctionnement physiologique et des stimulations de l'environnement. Les tenants de la Gestalt, entre autres, reconnaissent

cette conception. En plus, de nos jours, les méthodes modernes d'éducation créent de plus en plus des situations d'apprentissage où les aspects social, physique et émotif sont pris en considération.

2. L'apprentissage et l'expérience. Les chercheurs en psychologie et en éducation s'accordent pour dire que l'"apprenant" est le foyer de l'apprentissage et que l'expérience expose le sujet à la possibilité d'apprendre. L'individu apprend en autant qu'il agit lui-même et non en recevant passivement les faits. Nombre d'études contrôlées ont témoigné que l'expérience est à la base de tout apprentissage.

3. L'apprentissage et la structure neurologique. Les structures nerveuses entrent en jeu dans le processus d'apprentissage. Ces structures réagissent en totalité aux stimuli qui sont offerts. Tous les psychologues et les enseignants reconnaissent la force de l'affect sur l'apprentissage. Cette force est une des conditions internes de l'apprentissage. La réaction émotive de l'"apprenant" à l'égard de la matière à apprendre devient de plus en plus une préoccupation des chercheurs dans le domaine de l'apprentissage.

4. L'apprentissage et son aspect social. L'aspect social de l'apprentissage est étroitement lié à la notion de renforcement. Le renforcement agit sur la fréquence et sur l'intensité de la réponse au stimulus. En effet, l'homme apprend afin d'atteindre un but ou d'avoir une récompense quelconque. Nous exposerons plus en détail cet aspect de l'apprentissage, à l'aide du modèle de Bandura.

Aucun des théoriciens modernes, dans le domaine de l'apprentissage, ne rejette les principes de base soutenus par les grands maîtres du XX^{e} siècle dans ce domaine. En effet, les chercheurs contemporains ajoutent plutôt aux connaissances déjà existantes, des approches nouvelles.

Il nous semble que plus les connaissances s'élargissent dans ce domaine, plus les approches sont multipliées et hétérogènes. Pour nous,

le choix d'une théorie particulière d'apprentissage a été basé, d'une part sur le niveau d'applicabilité en laboratoire clinique et d'autre part, sur le caractère global de la théorie, c'est-à-dire une théorie qui inclurait à la fois les dimensions internes chez l'"apprenant" et les dimensions externes, celles qui entourent l'"apprenant". Parmi les auteurs contemporains dans ce domaine, Gagné (1970) entre autres, répondait à nos critères de sélection.

En effet, Gagné offre des moyens pratiques d'organisation des stratégies éducatives. Son modèle comprend huit types différents d'apprentissage organisés de façon hiérarchique. Gagné soutient que la maîtrise préalable d'un niveau inférieur d'apprentissage est essentiel à la maîtrise d'un autre niveau d'apprentissage.

L'organisation des stratégies éducatives doit être basée sur une connaissance du processus en cause "comment l'être humain apprend". Tel qu'énoncé plus haut, apprendre est un processus actif où l'"apprenant" évolue en autant qu'il participe à l'expérience. Pour l'infirmière, l'expérience pratique de sa formation se déroule en laboratoire clinique.

La formation pratique dans l'histoire des professions a précédé la formation académique. Le laboratoire, quoiqu'utilisé au début de son existence que pour des expériences chimiques, est rapidement devenu l'endroit idéal pour enseigner des habiletés tant intellectuelles que motrices. Aujourd'hui, toutes les institutions de haut savoir utilisent le laboratoire comme moyen d'apprentissage des sciences et des professions.

L'apprentissage pratique qui se fait en laboratoire ou l'apprentissage théorique en salle de cours ne diffèrent pas l'un de l'autre dans leurs mécanismes internes. En effet, Flanders (1965) souhaite fortement que la dichotomie qui existe entre ces deux situations disparaisse (p. 59-68).

Pour Gagné comme pour la plupart des théoriciens modernes,

l'apprentissage se manifeste par un changement de comportement observable. Ce changement de comportement est relativement permanent et résulte de l'expérience. Pour Gagné, l'acte d'apprendre suppose des conditions internes chez l'"apprenant" ainsi que des conditions externes (voir tableau I). L'influence de ces conditions agit sur la capacité d'apprendre de l'individu tant au niveau de ses habiletés intellectuelles qu'au niveau de ses capacités motrices ou de ses attitudes.

Les variables internes relèvent des capacités initiales de l'"apprenant" et déterminent la probabilité de l'occurence de l'événement d'apprentissage. Ce sont, entre autres, l'attention, la motivation, l'état du développement intellectuel relié à la croissance neurophysiologique, etc. Ces éléments, reliés à l'état interne de l'"apprenant", peuvent cependant être stimulés par la manipulation de la situation externe.

Dans le cadre du sujet que l'on présente aujourd'hui, nous nous attarderons surtout sur les conditions externes de l'apprentissage.

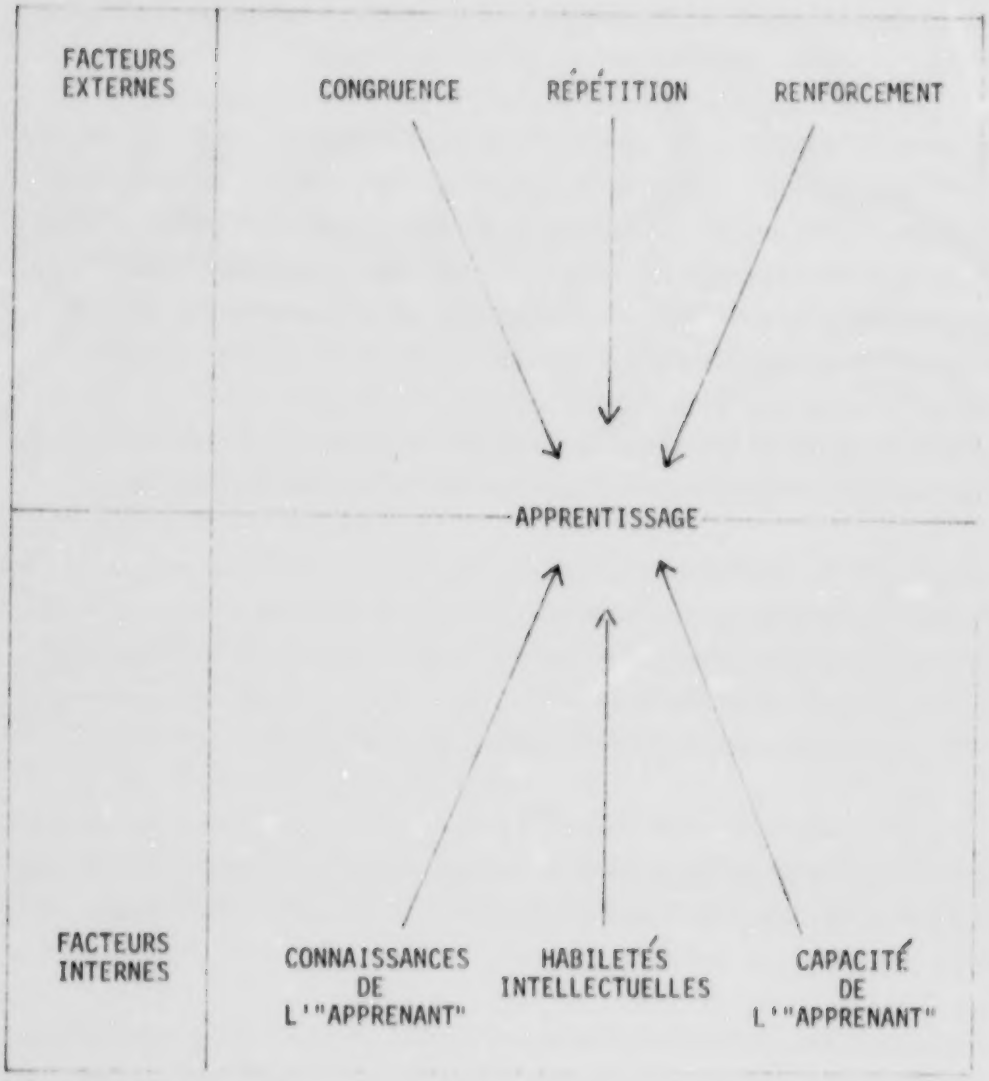
Le contrôle des facteurs externes est ce qui peut être appelé "l'enseignement". Enseigner, pour Gagné, consiste à contrôler les conditions externes de l'apprentissage (p. 28). En effet, l'enseignant doit stimuler l'entourage de l'étudiant et favoriser progressivement le transfert des stimuli externes au potentiel interne de l'étudiant.

A mesure que l'étudiant acquiert une certaine expérience en apprentissage, il devient plus confiant en ses propres stratégies; en d'autres mots, il devient son propre agent d'apprentissage (Gagné et Briggs, 1974, p. 10).

Les variables externes de l'apprentissage comprennent principalement les stratégies utilisées dans le but de favoriser l'apprentissage et concernent autant l'enseignement lui-même que le milieu d'apprentissage. Ces facteurs externes sont la congruence, la répétition et le renforcement.

TABLEAU 1

FACTEURS INTERNES ET EXTERNES DE L'APPRENTISSAGE



Gagné et Briggs (1974) p. 11

La *congruence* est l'organisation dans le temps et dans l'espace des stratégies d'enseignement qui sont susceptibles de provoquer chez l'"apprenant" un changement de comportement.

La *répétition*, par contre, est un facteur externe qui permet, par une pratique recommencée, d'atteindre un plus haut niveau de compétence.

Le *renforcement* est la conséquence de la réponse apprise telle que perçue par l'"apprenant".

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le sujet des conditions externes de l'apprentissage. Parmi les trois conditions externes présentées par Gagné dans son modèle, nous nous attarderons à la condition de renforcement qui semble devenir une dimension de plus en plus importante des théories modernes et de plus, elle peut s'appliquer facilement à la situation de laboratoire clinique en soins infirmiers. En fait, Gagné s'est inspiré du modèle de Bandura pour expliquer le concept de renforcement de son modèle.

Le concept de renforcement élaboré par Bandura (1968) mérite une étude détaillée. En effet, son approche est partagée par plusieurs auteurs qui, malgré les stratégies différentes utilisées, partagent un point en commun: l'aspect social de la situation d'apprentissage (Bandura, 1968; Flanders, 1968).

Le concept de modèle peut s'expliquer du fait que les êtres humains sont en constante relation avec des stimuli et que, d'une façon générale, ils répondent à ces stimuli selon l'évaluation qu'ils font des conséquences qui peuvent en découler (Bandura, 1969, p. 63). Le comportement de l'individu est donc fonction de la relation qui existe entre son fonctionnement psychologique et son environnement. Le renforcement qui découle de l'imitation du modèle présenté, devient la force motivante qui porte l'individu à l'action. En fait, les recherches basées sur les théories du comportement démontrent que les phénomènes d'apprentissage résultent d'expériences basées sur l'observation d'un modèle présenté.

Par exemple, un individu peut démontrer une réponse plus ou moins effective selon le renforcement qu'il perçoit pouvoir obtenir en imitant le modèle présenté. Les théoriciens du phénomène du "modèle" considèrent que l'occurence de l'apprentissage est étroitement lié au renforcement obtenu lors de l'imitation ou modèle. Ce point de vue est présenté par Miller et Dollard (1941) dans la publication *Social Learning and Imitation* .

Les réponses qui découlent de la non-satisfaction ou de la punition sont généralement évitées et celles qui procurent de la satisfaction sont conservées ou retenues par l'"apprenant". Plusieurs recherches ont démontré la puissance du renforcement sur le comportement des individus.

Différents genres de renforcements peuvent être appliqués selon le type d'acquisition ou de réponse désirée. Selon Bandura (1969), il existe trois catégories de renforcements, soit le renforcement extrinsèque, le renforcement substitué (vicarious) et l'auto-renforcement (p. 25-38).

Le renforcement extrinsèque consiste en une récompense sous forme d'objet, d'activité, d'encouragement ou de tout autre conséquence sociale procurée dans le but de modifier un comportement.

Le renforcement substitué est celui qui provient de l'observation du comportement d'un individu et des conséquences de son action. Le rôle de modèle que peut jouer un individu a une influence aussi marquée sur le comportement de l'observateur que le renforcement extrinsèque (Kanfer, 1965). Ce type de renforcement possède aussi la même efficacité en présence des variables: fréquence, intermittence et magnitude (Rosenbaum et Bruning, 1966) cité dans Bandura (1969, p. 30).

Les modèles offerts à l'observateur et qui lui servent de stimuli peuvent avoir différentes formes. Ils peuvent relever d'un comportement réel ou illustré, d'un modèle verbal ou d'une représentation écrite

(Bandura, 1969, p. 145-146). En effet, l'individu peut apprendre un comportement social ou professionnel par la seule entremise de modèles virtuellement contenus dans les objectifs des comportements observables (Bandura, 1969, p. 70-111).

Le dernier type de renforcement, tel que décrit par Bandura (1969), reste l'auto-renforcement qui, jusqu'à récemment, a été peu reconnu. Ce type de renforcement devient de plus en plus important chez l'adolescent et l'adulte. Avec ce type de renforcement, les réponses sont acquises sans la médiation d'un agent extérieur. L'auto-évaluation de la performance est basée sur des normes de comportement établies par l'individu lui-même, lors d'expériences antérieures semblables. La réalisation de ces normes devient une conséquence gratifiante pour l'individu; c'est l'auto-renforcement.

De ces trois types de renforcement, le renforcement extrinsèque et le renforcement substitué sont les types de renforcement les plus applicables à la situation d'apprentissage en laboratoire clinique. En effet, l'encouragement ainsi que les modèles présentés aux étudiantes sous forme d'activités organisées permettent de développer le comportement professionnel désiré.

L'importance accordée à un ou à l'autre des aspects des soins peut servir de modèle de comportement pour l'étudiant. Ainsi, les aspects psycho-sociaux des soins mis de l'avant par l'enseignant influencent le rôle professionnel de la future infirmière. Le message communiqué à l'étudiant par l'importance accordée à certaines tâches de l'infirmière lors de l'apprentissage des soins infirmiers et la perception des conséquences qui peuvent y être retirées, peut servir de modèle et procurer un renforcement à la suite de l'imitation du comportement correspondant.

Caractéristiques du laboratoire clinique.

Nous sommes conscients que les expériences d'apprentissage varient

considérablement d'un champ clinique à l'autre à cause de la nature même du champ clinique et à cause de la diversité des objectifs établis.

Certaines caractéristiques sont toutefois communes à tous et permettent d'offrir des avantages marqués à l'"apprenant". Selon Rivlin (1965) en effet, les avantages déjà connus que présente le laboratoire clinique sont très minimes en comparaison avec ce qu'il pourrait offrir potentiellement (p. 50). Nous nous attarderons ainsi, dans cet exposé, aux caractéristiques suivantes dans le but de permettre une brève analyse des avantages que l'on peut explorer en laboratoire:

1. l'expérience pratique;

2. la situation réelle;

3. la compétence professionnelle;

4. l'application des connaissances;

5. le contact direct avec le client;

6. la solution de problèmes.

1. L'expérience. L'expérience en laboratoire doit permettre à l'étudiante de vivre un apprentissage, d'abord et avant tout comme "apprenant" et non comme un travailleur compétent. Le but de son expérience d'apprentissage est d'atteindre un niveau de compétence qu'elle ne possède pas comme "apprenant". Il est donc important de permettre à l'étudiante de faire certaines erreurs. Ainsi, l'objectif de l'étudiante doit différer sensiblement de l'objectif visé par le travailleur oeuvrant dans un même champ d'action.

Cette conception de l'activité éducative en laboratoire clinique doit guider non seulement le choix des expériences, mais aussi l'esprit

dans lequel elles doivent être vécues.

Trop souvent le concept de "travail" influence le choix des activités d'apprentissage en laboratoire soit dans le but d'établir des relations amicales avec le personnel en place, soit à cause d'une conception des soins davantage orientée vers la tâche.

A la suite d'une recherche sur les activités de laboratoire clinique en soins infirmiers en 1975, Infante a remarqué que les activités offertes aux étudiantes étaient grandement déterminées par le concept de "travail" (p. 74).

L'étudiante est souvent perçue par le personnel en place, comme une personne ressource pouvant accomplir certaines tâches, diminuant ainsi le travail du milieu plutôt que de laisser l'étudiante vivre une expérience ou la meilleure expérience comme "apprenant".

En conséquence, Infante (1975) suggère qu'une nouvelle orientation des activités de laboratoire vise davantage l'aspect éducatif de l'expérience de laboratoire. Elle propose que l'enseignant devienne un guide plutôt qu'un surveillant, celui qui aide plutôt que celui qui dirige (p. 60).

2. La situation réelle. Un des grands avantages du laboratoire clinique est la possibilité d'inciter l'étudiante à une expérience concrète afin qu'elle puisse faire elle-même ses propres découvertes, même si celles-ci ont été faites par d'autres. En laboratoire l'étudiante peut vérifier les concepts enseignés en théorie dans une situation où les acteurs sont réels. Ces concepts peuvent être l'acceptation de la maladie, le soulagement de la douleur, la relation d'aide, l'enseignement au client et bien d'autres encore mis de l'avant en théorie. Seule l'expérience vécue dans la situation clinique peut vraiment avoir, pour l'étudiante, une signification réelle.

La situation de laboratoire place l'étudiante dans les conditions

exactes là où elle devra utiliser le produit de son apprentissage. Cette situation concrète devrait lui permettre de développer des mécanismes intellectuels, moteurs et affectifs qui lui donneront le moyen de continuer à améliorer sa performance comme professionnelle de la santé. Ces mécanismes devraient lui permettre d'éviter une diminution de la qualité des soins au profit de la quantité de ceux-ci dans l'exercice de la profession.

3. La compétence professionnelle. Les compétences nécessaires à la pratique des soins doivent se faire selon l'orientation collective de notre profession. Les normes établies par les chefs de file en soins infirmiers et par chacune de nous doivent dans une certaine mesure, assurer non seulement une haute qualité des soins, mais aussi favoriser le développement de nouvelles dimensions des soins. C'est ainsi que les aspects préventif et de réadaptation nécessitent plus qu'une mention au niveau de la théorie, mais doivent faire partie de l'expérience de l'étudiante.

La progression constante des nouvelles habiletés qui découlent des nouvelles orientations de notre profession, doit commander au choix des expériences de laboratoire clinique. L'évolution rapide et continuelle de notre profession oblige l'enseignant à réviser son orientation. Argiris (1974) propose à l'enseignant d'aider l'étudiant à reconnaître:

1. ses réponses inefficaces ou désuètes face aux besoins du client,

2. la possibilité d'un apprentissage mutuel entre clients et étudiants,

3. les nouveaux types de clients,

4. les nouvelles théories du comportement (p. 157).

4. L'application des connaissances. L'aspect le plus caractéristique des avantages du laboratoire clinique demeure l'application des

connaissances. En effet, pour Dewey, l'expérience éducative est une croissance dans, par et pour l'expérience.

La situation d'apprentissage en laboratoire tisse un lien entre les connaissances apprises et la pratique professionnelle. Comment, dans la réalité, ce lien se fait-il? L'étudiant d'une part, peut manipuler plus librement la situation par ses questions; d'autre part, il peut exercer une certaine créativité sous l'oeil observateur d'un guide. Il peut ainsi découvrir des nouvelles dimensions au problème qu'il perçoit et analyser les résultats de sa démarche sans avoir à vivre l'expérience comme travailleur.

Le rôle de l'enseignant selon Bruner (1966) consisterait alors à rappeler à l'étudiant une série d'énoncés puisés parmi ses connaissances afin de développer chez lui l'habileté à saisir, à transformer et à transférer en pratique ce qu'il a appris en théorie (p. 21-32).

Seuls ces rappels pourraient être nettement insuffisants s'ils n'étaient accompagnés de discussions ou de partage du vécu de l'étudiante face à ses nouvelles acquisitions.

En laboratoire, les compétences acquises ont une nouvelle signification pour l'étudiant qui désire s'engager dans l'action réelle (Infante, 1975, p. 50). En effet, ce désir de pratiquer est l'élément motivant qui facilite le transfert des connaissances théoriques à la pratique.

McClelland (1965), pour sa part énonce que plus l'individu reconnaît une relation entre ses connaissances et la réalité, plus il y a de changements dans son comportement et plus ce changement est durable (p. 321-333).

Cette réflexion devrait inciter l'enseignant à réviser le contenu de l'enseignement théorique dans le but d'éliminer les parties trop

poussées dans le domaine médical et qui n'ont aucun lien avec la pratique des soins infirmiers. Le contenu de notre enseignement théorique peut-il aider l'infirmière à donner de meilleurs soins?

5. Le contact avec le client. Le contact avec le client est l'essence même du laboratoire clinique. Ce contact est nécessaire à l'apprentissage des compétences destinées à procurer un service à la population.

Le contact direct permet à l'étudiante de découvrir les besoins réels du client, d'observer ses réactions et de développer de nouvelles solutions.

Chaque client étant une entité unique physiquement, psychologiquement, mentalement et spirituellement, le contact avec un client particulier est une expérience singulière.

Le point le plus important de l'expérience clinique réside dans le choix du type de clients le plus apte à procurer à l'étudiant l'expérience qui lui permettra un apprentissage maximal.

Le choix des expériences ne peut couvrir tous les types de situations dans lesquelles le professionnel sera appelé à fonctionner. La solution est plutôt de tenter de choisir la situation clinique qui favorisera le mieux le type d'apprentissage spécifique que l'on désire développer chez l'étudiant.

Le sociologue Davis (1966) a critiqué fortement l'étendue trop vaste des expériences cliniques en soins infirmiers. Les expériences qui cherchent à couvrir tous les aspects de la situation réelle dit-il, provoquent souvent des apprentissages superficiels et transitoires (p. 172).

Reinkemeyer (1970) s'oppose aussi à l'idée d'un programme d'études qui offrirait à l'étudiant des expériences cliniques dans toutes les sphères de la discipline (p. 27-40). Cette solution serait d'ailleurs non plausible.

L'éducateur doit plutôt choisir pour l'étudiant un certain type de clients qui présentent des problèmes communs qu'il sera appelé à solutionner dans la pratique. Ces problèmes de soins infirmiers devraient être variés et couvrir un ensemble d'interventions fréquemment rencontrées dans la pratique.

6. Les solutions de problèmes. Le professionnel indépendant doit posséder certaines habiletés relatives à la pensée critique, à la vérification des théories ainsi qu'à l'évaluation de son action.

En plus, l'indépendance d'un professionnel implique un esprit scientifique. En général, la signification donnée à cette expression suppose la maîtrise d'une technique de solution de problèmes. Cette technique de solution de problèmes peut être orientée selon le modèle de soins infirmiers choisi.

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que le laboratoire clinique est l'endroit idéal pour utiliser une méthode scientifique de solution de problèmes. La méthode comprend l'identification du problème, la collecte et l'analyse des données, la vérification des hypothèses et l'évaluation des résultats.

Gagné (1970) ainsi qu'Infante (1975) s'accordent pour dire que le laboratoire est le milieu idéal à la formulation et à la vérification des hypothèses, au contrôle et à la manipulation des variables, ainsi que l'endroit privilégié pour faire une expérience, en faire l'évaluation et en tirer ses propres conclusions.

Les nombreux avantages que nous offre le laboratoire clinique sont beaucoup plus nombreux que ce que nous venons de brosser brièvement. Les quelques éléments de réflexion que nous venons de soulever ne sont pas inconnus pour la plupart d'entre nous. Il serait cependant malheureux que ces aspects du laboratoire clinique ne soient pas davantage explorés par nos enseignantes dans le but d'y retirer tous les avantages qu'ils peuvent nous offrir.

Voyons maintenant ce qu'est ou ce que peut être en laboratoire clinique celui qui, parmi d'autres sources d'influence, est près de l'étudiant: l'enseignant même.

L'enseignant.

En nous rapportant à la théorie de Gagné, l'enseignant est un agent ou "faciliteur" dont la fonction principale est de stimuler et de favoriser l'apprentissage par la manipulation et le contrôle des conditions externes de l'apprentissage.

Dans une étude des qualités de l'enseignant en laboratoire clinique, Wiedenbach (1969) corrobore la théorie de Gagné et précise le type d'interventions que l'enseignant doit pratiquer, soit:

1. concilier les réalités de la situation clinique au but primordial de l'enseignement,

2. élaborer de façon réaliste les objectifs d'apprentissage des étudiants en terme de comportement qui peuvent y être développés,

3. formuler des stratégies d'apprentissage selon les réalités du champ clinique,

4. contribuer à l'amélioration de la pratique professionnelle.

Les responsabilités de l'enseignant en laboratoire clinique supposent que celui-ci possède certaines qualités tant sur le plan de sa compétence et de ses connaissances qu'au niveau de sa capacité d'adaptation et de sa personnalité. L'interaction entre l'enseignant et l'"enseigné" est une variable à laquelle on accorde de plus en plus d'importance.

Ned Flanders (1962) et ses collaborateurs ont développé un système

d'analyse des interactions selon lequel un enseignant peut classifier ses comportements. D'après Flanders, quatre types d'interactions agissent indirectement sur l'"apprenant", ce sont: a) l'acceptation des sentiments de l'étudiant, b) l'acceptation de ses idées et de ses questions, c) l'encouragement et d) le renforcement. Par ailleurs, trois autres types d'interactions ont une influence directe sur la relation professeur-étudiant, ce sont: a) la distribution de l'information ou de l'opinion, b) les ordres et c) les critiques.

Selon les recherches de Flanders le genre d'interactions privilégié par l'enseignant a une influence marquée sur l'attitude de l'étudiant à l'égard du sujet enseigné et conséquemment sur les résultats scolaires (Flanders, 1965, p. 71). En effet, les étudiants dont l'attitude est la plus positive à l'égard du sujet enseigné et les résultats sculaires les plus élevés sont ceux où l'enseignant utilise davantage le type d'interactions indirectes.

Quelques conclusions peuvent être tirées à partir des résultats des recherches de Flanders:

1. le bon enseignant utilise de façon constructive les sentiments et les attitudes de ses étudiants. Il les encourage et les louange facilement;

2. il réagit aux idées exprimées par ses élèves et il les utilise pour faire progresser leur apprentissage;

3. le bon enseignant pose plus de questions qu'un autre enseignant;

4. il donne peu de directives et utilise la critique prudemment;

5. il permet à ses étudiants d'exprimer librement leurs idées;

6. enfin, le bon enseignant a un comportement plus flexible (Flanders, 1965, p. 63).

TABELAU II

INTERACTIONS DE L'ENSEIGNANT

INTERACTIONS INDIRECTES	1. ACCEPTATION DES SENTIMENTS DE L'ÉTUDIANT
	2. ACCEPTATION DE SES IDÉES, DE SES QUESTIONS
	3. ENCOURAGEMENT - (extrinsèque)
	4. RENFORCEMENT - (substitué)
	1. INFORMATION DONNÉE
INTERACTIONS DIRECTES	2. ORDRES
	3. CRITIQUES

Ned Flanders (1962).

D'autres auteurs, ont également exprimé leur position théorique concernant les qualités de l'enseignant en relation avec l'efficacité de leur action. Côté (1971), entre autres, s'est penché particulièrement sur la formation de l'enseignant. Lors de ses recherches, Côté s'est intéressé à trois résultantes caractéristiques de l'enseignant qui sont les connaissances acquises, l'attitude de l'enseignant et les expériences pratiques qui ont été supervisées durant leur formation. En effet, Côté a tenté d'évaluer l'impact sur l'enseignant des variables, connaissances, attitude et formation pratique de l'enseignant.

Les recherches de Côté lui ont permis de conclure que le style d'enseignement basé sur les relations interpersonnelles permet le mieux d'assurer l'efficacité de l'enseignant.

Les critères d'évaluation de l'efficacité de l'enseignant ne diffèrent pas selon le milieu où se déroule l'expérience d'apprentissage, que ce soit la salle de cours ou le laboratoire clinique. Seuls les éléments qui composent la situation pratique et réelle diffèrent de ceux qui existent dans la salle de cours.

Il en est de même pour les mécanismes d'apprentissage: lorsqu'hypothétiquement les conditions externes ou internes de l'apprentissage sont les mêmes dans un milieu ou dans l'autre, l'événement d'apprentissage devrait avoir la même probabilité de se produire.

Les stratégies d'enseignement utilisées par l'enseignant devraient être basées sur les principes pédagogiques qui se sont montrés les plus efficaces.

La recherche que nous avons entreprise dans le domaine des activités de laboratoire en soins infirmiers dans le milieu collégial, nous a été inspirée par Infante (1975). En effet, Infante s'était proposée d'examiner la nature de certaines activités de laboratoire clinique dans le but de connaître leur fréquence et leur utilité éducative dans la

formation de l'infirmière. Au cours de ses recherches, Infante a vérifié, auprès de deux cent vingt-sept enseignantes en soins infirmiers aux États-Unis, des éléments spécifiques que nous reproduisons ici selon l'ordre de fréquence de leur occurence en laboratoire. Seuls les éléments centrés sur l'étudiant ont retenu notre attention:

1. encouragement d'une pensée critique (renforcement);

2. développement d'un jugement professionnel (congruence);

3. encouragement des habiletés créatrices (renforcement);

4. occasion d'expérimenter (congruence);

5. pratique d'une habileté (répétition);

6. participation à des activités intégrées (congruence);

7. occasion de solutionner un problème (congruence);

8. possibilité d'un transfert de connaissances (congruence);

9. occasion d'observer (renforcement).

Ces éléments se rapportent à l'une ou à l'autre des conditions externes de l'apprentissage selon la théorie de Gagné. Le facteur répétition pourrait s'ajouter à la presque totalité des éléments mentionnés ci-haut et permettre ainsi un plus haut niveau de compétence.

Ces éléments ont été rendus opérationnels en termes d'activités d'apprentissage en tenant compte de la pensée de Infante.

ÉLÉMENTS DE LABORATOIRE CENTRÉS SUR L'ÉTUDIANT

1. Encouragement d'une pensée critique (renforcement).

2. Développement d'un jugement professionnel (congruence).

3. Encouragement des habiletés créatrices (renforcement).

4. Occasion d'expérimenter (congruence).

5. Pratique d'une habileté (répétition).

6. Participation à des activités intégrées (congruence).

7. Occasion de solutionner un problème (congruence).

8. Possibilité d'un transfert de connaissances (congruence).

9. Occasion d'observer (renforcement).

Infante (1975).

CRITÈRES DE LABORATOIRE CLINIQUE
(Infante)

1. Encouragement d'une pensée critique. Durant votre stage, avez-vous:

discuté de votre façon d'enseigner?

discuté du contenu de votre enseignement?

discuté des moyens que vous avez utilisés?

discuté des effets positifs ou négatifs de votre enseignement?

2. Développement d'un jugement professionnel. Durant votre stage avez-vous:

pu juger si votre client était dans un état (physique, émotif ou intellectuel) permettant de recevoir un enseignement?

3. Encouragement des habiletés créatrices. Durant votre stage, avez-vous:

choisi vos propres moyens d'enseignement afin de faciliter l'apprentissage chez votre client?

essayé des moyens différents selon le type d'enseignement que vous aviez à faire?

4. Occasion d'expérimenter. Durant votre stage, avez-vous:

participé au choix de vos (clients) situations d'apprentissage?

découvert par vous-même des situations où vous auriez pu pratiquer votre enseignement?

5. Pratique d'une habileté. Durant votre stage, avez-vous:

appliqué certains principes de base en enseignement lorsque vous avez enseigné à votre client?

suivi les étapes d'apprentissage chez votre client?

fait un plan précis d'enseignement?

6. Participation à des activités intégrées. Durant votre stage, avez-vous:

inclus à votre plan de soins l'activité d'enseigner?

inscrit au dossier du client et/ou donné un rapport verbal de l'enseignement que vous avez fait?

7. Occasion de solutionner un problème. Durant votre stage, avez-vous:

eu un client avec un besoin manifeste d'enseignement?

vérifié chez votre client son besoin de connaître (besoin d'information)?

enseigné à un client?

évalué les résultats de votre enseignement?

8. Possibilité d'un transfert de connaissances. Durant votre stage, avez-vous:

fait un type d'enseignement qui peut s'appliquer à un grand nombre de situations?

9. Occasion d'observer: Durant votre stage, avez-vous:

observé un enseignement fait par un autre?

NIVEAU D'ATTITUDE DU GROUPE "A" À L'ÉGARD DE L'ENSEIGNEMENT AU CLIENT AVANT ET APRÈS LE LABORATOIRE CLINIQUE

	Moyenne
Pré-test	93,047
Post-test	91,609

NIVEAU D'ATTITUDE DU GROUPE "B" À L'ÉGARD DE L'ENSEIGNEMENT

Pré-test	92,857
Post-test	93,071

NIVEAU D'ATTITUDE DES DEUX GROUPES GLOBALEMENT

Pré-test	92,958
Post-test	92,292

Ces différences ne sont pas significatives.

NOTRE QUESTION:

Est-ce que la pratique de certaines activités de laboratoire clinique relatives à l'enseignement au client peut influencer positivement l'attitude des étudiantes à l'égard de cette fonction?

ACTIVITÉS DE LABORATOIRE CLINIQUE

Collaboration d'une autre personne - Connaissances péd. - Etapes de solution de problèmes

	Activité	Résumé de l'énoncé	N=64 Groupe "A" Moyenne	N=56 Groupe "B" Moyenne	
	1	Vérifier le besoin de connaître du client	3,984	3,679	5
(5)	*2	Enseigner à un client	3,797	3,893	2
	3	Juger si le client est prêt	3,781	4,036	1
	4	Choisir vos propres moyens d'enseignement	3,703	3,696	4
	5	Découvrir vos propres situations	3,625	3,196	8
(1)	*6	Inclure enseignement au plan de soins	3,531	3,857	3
	7	Avoir un client qui a un besoin manifeste	3,469	3,607	6
(2)	*8	Appliquer les principes d'enseignement	3,344	3,429	7
	9	Utiliser des moyens différents	3,141	2,857	9
(4)	*10	Évaluer l'enseignement	2,859	2,268	16
	11	Suivre les étapes d'apprentissage	2,656	2,482	12
	12	Faire un enseignement type	2,641	2,732	10
	13	Faire un plan d'enseignement	2,609	2,589	11
	14	Discuter du contenu	2,281	2,036	14
	15	Faire rapport de l'enseignement	2,234	2,161	13
	16	Discuter des moyens utilisés	2,172	1,839	17
	17	Discuter de la façon d'enseigner	2,016	1,482	19
	18	Discuter des effets de l'enseignement	2,015	1,875	15
(6)	*19	Observer un enseignement	1,984	1,643	18
(3)	*20	Participer au choix des situations	1,438	0,839	20

1. rarement, 1% à 5%
2. quelques fois, environ 25%
3. habituellement, environ 50%
4. fréquemment, environ 75%
5. presque toujours, entre 95% et 100%

* La pratique de ces activités a démontré une amélioration de l'attitude des étudiantes de façon significative.

RÉSULTATS DE L'ENTRETIEN

Dans l'optique d'une compréhension plus approfondie des circonstances qui ont entouré l'expérience de laboratoire, nous avons procédé à une entrevue des sujets qui ont le plus manifesté de façon positive ou négative, un changement d'attitude.

Vérification de la perception de la fonction d'enseignante chez l'infirmière. Il ne semble pas y avoir de perception nettement différente parmi les sujets soumis à l'entretien.

Influence provenant des clients. Pour l'ensemble des étudiants soumis à l'entrevue, il semble que le patient est le stimulus le plus motivant qui porte l'étudiant à enseigner par la curiosité, l'intérêt et le besoin manifeste qu'il présente.

Influence provenant du milieu. En général, les étudiantes avouent que le personnel n'offre pas d'encouragement par l'exemple qu'il donne en enseignement. Les étudiantes perçoivent les infirmières "soignantes" comme étant orientées vers des travaux pratiques: les soins physiques. Les étudiantes ne sentent pas que cette fonction s'insère dans une continuité de soins; l'acte d'enseigner semble être une tâche isolée et sporadique.

Par contre, les étudiantes reconnaissent que les monitrices encouragent fortement les étudiantes à faire de l'enseignement, cependant elles se sentent souvent démunies face aux méthodes et aux moyens d'enseignement.

La post-clinique. La post-clinique ne semble pas, en général, inclure l'enseignement au client de façon systématique. En effet, les étudiantes se plaignent d'un trop grand apport de physiopathologie lors de ces rencontres au dépend des moyens de solutions des difficultés face aux soins infirmiers.

Cours théoriques. Les cours théoriques renseignent sur le contenu de l'enseignement sans donner le moyen d'enseignement ou de renseigner sur les principes pédagogiques qui pourraient guider l'enseignement au client.

L'apprentissage des fonctions de l'infirmière en laboratoire clinique demeure un champ peu exploré tant au niveau du contenu de l'enseignement que des méthodes utilisées.

L'application d'une théorie de l'enseignement en laboratoire clinique peut permettre à la monitrice de baser son action sur des principes scientifiques d'organisation des connaissances et du comportement des étudiantes dans le but d'atteindre les objectifs désirés de façon efficace. En effet, les thèses récentes dans le domaine de l'apprentissage tendent davantage à solutionner les problèmes pratiques face auxquels les enseignants se rebutent fréquemment.

Le laboratoire clinique offre un éventail de situations dont le potentiel pédagogique est à peine découvert. Il nous semble impérieux que, dans le domaine de la formation de l'infirmière, des recherches soient entreprises afin de pouvoir établir, de façon scientifique, les expériences les plus aptes à produire chez les étudiants, le comportement souhaité.

Une réflexion approfondie sur l'orientation actuelle de notre profession, nous préoccupant à la fois des besoins du client et de ceux de l'étudiant, semble être d'une importance urgente si nous nous soucions vraiment de faire évoluer de façon positive, notre profession.

BIBLIOGRAPHIE

Argyris, C., Schon, D., Theory in practice: increasing professionnal effectiveness, San Francisco, Jossey-Boss, 1974.

Bandura, A., Principles of behavior modification, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1969.

Bruner, J., "The art of discovery", Harvard educational review, winter, 1966, nº 31, p. 21-32.

Côté, R., Le bon enseignant, Montréal, Renouveau pédagogique, 1971.

Davis, F., The nursing profession, New York, John Wiley, 1966.

Flanders, N.A., (1962). "Using interaction analysis in the inservice training of teachers", Journal of experimental education, nº 30, p. 313-316.

Flanders, N.A., Integrating theory and practice in teacher education, in Theoritical bases for professional laboratory experiences in teacher education, 44th Yearbook, 1965.

Flanders, N.A., "Teacher effectiveness", Encyclopedia of educational research, New York, Macmillan, 1969.

Gagné, R.M., The conditions of learning (2nd ed.), Toronto, Holt, Rinehart & Winston, 1970.

Gagné, R.M., Briggs, L.J., Principles of instructional design, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1974.

Infante, Mary Sue, The clinical laboratory in nursing education, New York, Wiley, 1975.

McClelland, D.C., "Toward a theory of motive acquisition", American psychologist, mai 1965, nº 20, p. 321-333.

Miller, N.E., Dollard, J., Social learning and imitation, New Haven, Yale university press, 1941.

Reinkemeyer, A.M., "New approaches to professional preparation", Nursing forum, vol. 9, nº 1, p. 27-40.

Ryans, D.G., Characteristic of teachers, Washington, American council on education, 1960.

Wiedenback, E., Meeting the realities in clinical teaching, New York, Springer, 1969.

SIMULATION CLINIQUE: RAPPORT D'UNE EXPÉRIENCE VÉCUE EN LABORATOIRE-COLLÈGE ET APRÈS LES STAGES

Monique Lefèbvre et Suzanne Fournier, professeurs de soins infirmiers, Collège de Maisonneuve.

> "Si tu veux t'exercer à être fictif quelque temps, tu comprendras que des personnages fictifs sont parfois plus réels que les gens possédant des corps et des coeurs battants!" (Richard Bach).

Définition:

Simulation en pédagogie: Situations concrètes construites sur un "certain modèle structural" dont les caractéristiques consistent à reproduire les conditions essentielles communes à un ensemble de situations réelles (selon Roger Mucchielli).

L'élaboration d'un projet éducatif comporte toujours pour les professeurs, une longue période d'analyse et de réflexion; comme pour les étudiants, il est souvent plus facile d'identifier les manifestations cliniques que de découvrir quelques bonnes attitudes de soins infirmiers personnalisées. Ainsi, pour les professeurs, la difficulté majeure semble être dans le choix des méthodes et des moyens les plus susceptibles d'assurer l'atteinte des objectifs d'un programme. Le problème se pose toujours ainsi: Comment assurer la rétention aux trois niveaux du savoir (savoir, savoir-faire et savoir être)? Comment faciliter l'intégration harmonieuse du concret et de l'abstrait? Et surtout, comment faciliter l'apprentissage de soins infirmiers réfléchis, planifiés et efficaces? Parfois les objectifs des professeurs rencontrent ceux des étudiants: en ce sens, nous sommes de connivence avec eux. Apprendre dans l'action, c'est faire le choix d'une pédagogie moins livresque et plus concrète; c'est "simuler" la réalité clinique en s'efforçant de la reproduire le plus fidèlement possible.

Le stages cliniques comportent toujours un stress réel quant aux nombreuses habiletés à acquérir dans un temps restreint; c'est pourquoi

ces laboratoires-collèges ne semblent jamais assez sécurisants. Tout se passe comme s'il fallait apprendre à construire une maison en même temps qu'on la construit. Enfin, pour les étudiants de deuxième année, l'hôpital demeure le lieu sacré de l'apprentissage. L'appréhension de ce lieu signifie pour nous, un besoin à combler. Les étudiants réclament du concret, du vécu pour percer le mystère et se familiariser avec leurs nouveaux rôles. L'hôpital est ainsi perçu comme le haut lieu de l'apprentissage d'un savoir-faire professionnel. Pour nous les professeurs, les petites expériences morcelées ne sont pas suffisantes pour nous convaincre de notre habileté à reproduire le réel. Or, à ce stade, nous sommes de connivence avec les étudiants, étant persuadées de la nécessité de transformer nos laboratoires de T.I.N. en "théâtre-hôpital!".

POSTULATS

A la lumière de nos lectures et de nos expériences personnelles nous avons dégagé une série de postulats à l'appui de notre choix pédagogique.

"Comment peut-on faciliter des apprentissages importants?" (Selon Carl Rogers).

1. Les êtres humains ont en eux une capacité naturelle d'apprendre.

2. Un apprentissage valable a lieu lorsque son objet est perçu par l'étudiant comme ayant un rapport avec ses projets personnels.

3. L'apprentissage qui implique un changement dans l'organisation du moi ou dans la perception du moi est ressenti comme menaçant et on tend à y résister.

4. Les apprentissages qui sont menaçants pour le moi sont plus facilement perçus et assimilés lorsque les menaces extérieures sont réduites au minimum.

5. Lorsque la menace contre le moi est faible, l'expérience vécue peut être perçue dans ses nuances et l'apprentissage peut avoir lieu.

6. L'étudiant apprend beaucoup et valablement dans l'action.

7. L'apprentissage est facilité lorsque l'étudiant détient une part de responsabilité dans la méthode.

8. Un apprentissage auto-déterminé qui engage la personne toute entière, avec ses sentiments autant qu'avec son intelligence, est celui qui pénètre le plus profondément et qui est retenu le plus longtemps.

9. L'indépendance d'esprit, la créativité, la confiance en soi sont facilitées lorsque l'auto critique et l'auto-évaluation sont considérées comme fondamentales et que l'évaluation par autrui est vue comme secondaire.

10. Dans le monde d'aujourd'hui, l'apprentissage le plus utile socialement, c'est l'apprentissage des processus d'apprentissage; c'est aussi d'apprendre à rester toujours ouvert à sa propre expérience et à intégrer en soi le processus même du changement.

Ainsi, selon Charles Dessard:

1. Éduquer sans savoir dans quel but, risque évidemment de ne pas avoir beaucoup de sens, ni d'efficacité.

2. Le but de l'éducation, c'est solliciter l'éclosion de l'adulte dans l'enfant; c'est aider celui-ci à devenir adulte.

3. L'éducation ne consiste plus seulement à apprendre ce que d'autres avaient fait mais elle doit apprendre à faire ce que les autres n'avaient pas encore fait.

4. L'éducation doit mettre l'accent sur l'éveil et sur le développement des potentialités humaines.

5. L'éducation apparaît comme une aide que la société apporte à l'enfant non pas tant pour qu'il se modèle sur elle, mais pour qu'il puisse, le cas échéant, dépasser l'exemple imparfait et limité qu'elle lui offre; qu'il puisse, si possible, faire mieux et aller plus loin, inventer des comportements nouveaux et donner corps à des capacités nouvelles. C'est ouvrir la porte à des comportements insoupçonnés.

Selon Bujold et Noiseux:

"Toute situation d'apprentissage comporte:

une dimension expérientielle (des expériences à vivre);

une dimension cognitive (à traiter cognitivement);

une dimension évolutive (à intégrer logiquement et psychologiquement)."

Nos croyances pédagogiques sont influencées par ce modèle. Genglin et Rogers sont aussi d'autres auteurs auxquels nous nous référons pour le choix d'une méthode d'enseignement qui correspond à l'exploitation du vécu expérientiel. Nous avons regroupé nos "propres postulats" selon les trois dimensions proposées par Bujold et Noiseux.

Dimension expérientielle	Dimension cognitive	Dimension évolutive
On apprend quand tous les sens participent...	On apprend quand on trouve rapidement un sens à ce qu'on fait...	On apprend lorsqu'on peut faire confiance...
...quand on se sent impliqué...	...quand on peut s'approprier le savoir...	...quand on se sent concerné...
...quand on fait l'expérience de...(DANS L'ACTION)...		...quand on réalise que nos craintes sont aussi celles des autres...

...quand la classe est un îlot d'agents de changements s'influençant entre eux...

...quand on prend des initiatives...

...quand c'est "signifiant".

...quand on réalise que notre esprit opère des changements...

...quand on peut faire soi-même ses propres recherches.

...quand on peut communiquer aux autres ce qu'on apprend...

...quand les moyens pour apprendre sont variés...

...quand le professeur souligne les forces positives autant que les gestes à corriger.

NOS OBJECTIFS

Simulations avant le stage

1. Apprendre à organiser une journée de travail en tenant compte de plusieurs dimensions à la fois.

2. Se familiariser avec les instruments de travail de l'infirmière (plan de soins, collecte de données, etc.).

3. Planifier et réaliser des recherches efficaces.

4. Établir des priorités de soins en tenant compte d'un minimum d'informations préalables.

5. Manipuler le matériel technique.

6. Démontrer une technique de soins particulière et quelques séquences de soins de base.

7. Appliquer certains principes de communication à l'enfant.

8. Développer le sens de l'autocritique.

9. Valider avec ses pairs, la qualité de ses gestes.

10. Recevoir une rétroaction évaluative des professeurs dans le but d'être mieux préparé à la réalité du stage.

11. Développer l'habileté à utiliser efficacement le processus de solution de problèmes, dans une démarche de soins infirmiers.

12. Favoriser la prise de conscience de ses propres apprentissages et l'identification de ses comportements ou de l'amélioration de ses attitudes.

13. Diminuer le stress souvent ressenti durant la démonstration d'un savoir-faire.

14. Prendre conscience que l'évaluation est un "processus continu" et réalisé par un ensemble de personnes: l'étudiant, les professeurs animateurs, et par les pairs.

MOTRE MODÈLE DE PLANIFICATION DES SIMULATIONS PENDANT UNE SESSION EN PÉDIATRIE.

Les simulations cliniques sont expérimentées en deux temps pendant la session et, par conséquent, comportent à la fois des objectifs semblables et différents.

Voici comment ces expériences de laboratoire-collège sont réparties dans le calendrier de la session.

1. Avant les stages: 16 heures dont a) 1 journée préparatoire;
   b) 1 journée d'exécution.

Type: jeux de rôle "dans l'imaginaire"; c'est-à-dire sans expérience clinique ni théorie (voir jeu sensibilisateur).

But principal: instrumenter et préparer les étudiants au stage.

Mandats adressés aux étudiants:

A) journée préparatoire:

a) Prendre connaissance de l'histoire actuelle de l'enfant. Voir aide-mémoire et scénario.

b) Consulter les sources d'information auxquelles vous avez habituellement accès:

Notes d'observations de l'infirmière de nuit.

Kardex et plan de soins.

Dossier médical: feuille d'ordonnance médicale.

Personnel infirmier: chef d'équipe.

L'enfant.

c) Planification des soins pour le lendemain et organisation dans le temps.

d) Simulation des interventions planifiées qu'on a choisi de démontrer le lendemain (pratique individuelle entre les pairs).

e) Consulter les professeurs disponibles, au besoin.

f) Tenir compte des étapes de la démarche scientifique selon le volume: *Être infirmière*, d'Evelyn Adam, p. 25-33.

Mandats adressés aux étudiants:

B) Journée d'exécution (avec l'uniforme complet).

a) Choisir l'heure de la démonstration.

b) Respecter le temps requis.

c) Indiquer l'heure au fur et à mesure sur une "horloge de papier" (fabriquée la veille), pour situer les observateurs sans avoir "à quitter" son rôle.

d) Réfléchir à haute voix durant la démonstration.

e) Expliquer ses gestes et ses intentions en s'exprimant par: Je... et parce que...

f) Rectifier ses erreurs et, au besoin, recommencer un geste de soins infirmiers.

g) S'installer de manière à ce que les gestes soient très visibles pour les observateurs.

2. Les simulations après les stages: 32 heures dont a) 2 jours préparatoires;
b) 1 jour ½ d'exécution;
c) ½ jour d'évaluation.

Type: jeux de rôles à partir du vécu, c'est-à-dire après expérience clinique et théorique, donc influence par le souvenir du réel (voir jeu intégrateur).

But principal: favoriser l'intégration de la théorie et de la pratique.

Mandats adressés aux étudiants:

a) Réaliser une synthèse personnelle des apprentissages individuels et collectifs réalisés au cours de la session tant au point de vue du savoir, du savoir-faire, que du savoir-être.

b) Illustrer cette synthèse en respectant les quatorze besoins fondamentaux du modèle de Virginia Henderson.

c) Utiliser sa créativité pour illustrer les apprentissages pratiques et théoriques.

d) Exécuter des séquences de jeux de rôles pour démontrer:

des techniques de soins;

l'utilisation du plan de soins;

la relation avec l'équipe soignante;

la relation infirmière-enfant.

Note: Choix de démontrer aussi des comportements inadéquats à condition d'y apporter des correctifs valables.

Lors de ce type de simulation, les étudiants ont la responsabilité "totale" des scénarios et de la procédure.

Le rôle des professeurs est celui de "personne-ressource" non directive et de guide selon les besoins individuels des étudiants.

Si les étudiants le désirent, le professeur peut être participant-protagoniste lors des présentations des jeux, mais à condition de ne pas prendre trop de place à ce niveau.

Modalités d'évaluation:

1. Simulations avant les stages.

   a) Évaluation formative (voir grille page suivante).

   b) Évaluation par les pairs (même grille).

2. Simulations après les stages.

   a) Évaluation formative.

   b) Évaluation normative (10%).

   c) Évaluation par les pairs.

RÔLE DES PROFESSEURS.

1. Composer des "situations-types" correspondant à celles des champs cliniques respectifs en tenant compte:

   a) du temps dont l'étudiant dispose pour s'y préparer;

   b) des renseignements pertinents dont il a besoin pour rédiger une collecte de données et, par la suite, un plan de soins;

   c) des outils en possession pour amorcer ses recherches (théorie et soins infirmiers).

2. S'assurer de la clarté du mandat et des informations écrites auprès des étudiants.

3. Garder leur démarche en les amenant à trouver par eux-mêmes, les solutions.

4. Superviser les recherches pour éviter la perte de temps et les détails non prioritaires. Orienter les recherches en apprenant aux étudiants comment se servir de leurs volumes en se familiarisant avec la table des matières.

5. S'assurer que l'étudiante aura tout le matériel nécessaire pour la journée d'exécution, bien qu'elle en soit responsable.

6. Offrir support et renforcement tant au niveau de la première que de la deuxième journée.

7. Animer la journée d'exécution en respectant à la fois le temps et l'originalité de chaque pair.

8. Intervenir durant les jeux si c'est nécessaire. Commentaires de nature à éviter l'apprentissage de gestes inadéquats et de nature à faciliter la compréhension des observateurs.

9. Émettre une rétroaction évaluative après chaque situation de manière à:

corriger les erreurs;

souligner les points forts;

expliquer un principe de soins.

10. Animer la plénière en invitant chacun à s'exprimer sur les apprentissages personnels réalisés au cours de ces deux journées.

11. Évaluer avec les étudiants la qualité pédagogique de cette méthode et rechercher avec eux des moyens pour l'améliorer.

GRILLE D'ÉVALUATION DES SIMULATIONS CLINIQUES UTILISÉE LORS DU "VIDEO-FEEDBACK".

Quand vous avez su, au moment de la présentation du plan d'étude, que vous auriez à réaliser des simulations cliniques avant même d'aller en stage, quelles sortes d'images vous sont venues à l'esprit?

Si vous nous aviez connues davantage, qu'auriez-vous souhaité nous dire lorsque nous vous avons proposé de réaliser des simulations cliniques?

Comment avez-vous compris le mandat de la journée préparatoire?

Au niveau de la réalisation des tâches, qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous:

a) Lors de la journée préparatoire?

b) Lors de la journée d'exécution?

Comment avez-vous perçu le rôle du professeur:

a) Lors de la journée préparatoire?

b) Lors de la journée d'exécution?

Pourriez-vous nommer quelques apprentissages réalisés au cours des deux journées de simulations cliniques du début de session?

Est-ce que les apprentissages réalisés correspondaient à ce que vous imaginiez avant de le faire?

Suite à la présentation des situations, pouviez-vous imaginer un modèle de journée de stage?

Quels sont les éléments des simulations cliniques qui vous ont le plus servi au moment des stages?

Comment décririez-vous le rôle idéal du professeur au moment des simulations cliniques?

Quelles ont été vos préoccupations au moment de : planification de vos simulations?

Comment avez-vous déterminé les rôles et le degré de participation de chacun?

Quelle part avez-vous donnée à l'improvisation?

Au moment de la préparation, étiez-vous capable d'en prévoir le résultat ou l'effet sur les autres?

Quel était le message essentiel que vous vouliez communiquer aux autres à travers vos simulations?

Voyez-vous une différence entre les simulations vécues avant et après les stages, quant à vos performances:

a) au niveau du contenu à démontrer?

b) au niveau des habiletés requises pour l'exécution?

COMMENT ÉLABORER LE PROJET D'UNE SIMULATION

Étapes .

1. Définir les objectifs pédagogiques: FAITS le succès du jeu
CONCEPTS implique ces ap-
HABILETÉS prentissages;

	VALEURS valeur formative de ATTITUDES l'analyse du jeu.
2. Choisir la situation réelle de vie à simuler:	situation réelle décrite brièvement; situation qui se prête bien à un jeu; prévoir des possibilités d'interactions avec d'autres joueurs.
3. Déterminer les rôles des participants dans le jeu:	selon la structure de la situation; certaines décisions peuvent être externes (ex.: le hasard...); que faire pour chaque joueur?
4. Déterminer les buts ou fonctions des joueurs dans leurs rôles:	plus ou moins prédéterminés.
5. Prévoir les ressources disponibles pour chaque joueur:	identifier le matériel et son utilisation pour atteindre les objectifs; doivent être: limitées, concrètes ou symboliques; le temps de jeu: facteur important; ajuster le plus possible à la situation réelle.
6. Fin du jeu:	conclusion naturelle ou provoquée (selon le temps et les étapes déterminés).
8. Analyse critique du jeu:	le meneur organise l'animation du retour; rétroaction des joueurs et des

observateurs;
évaluation des apprentissages réalisés;
correction de comportements ou attitudes jugées pertinentes selon les objectifs.

Critères importants pour l'analyse du jeu .

1. Validité: représentation exacte de la situation réelle.

2. Compréhension: comprend toutes les dimensions importantes de la situation réelle.

3. Vraisemblance: sentiment d'être dans la vraie situation.

Simulation à partir d'un scénario réel (méthode de cas).

Responsabilité du professeur: la rédaction par l'équipe de professeurs augmente la richesse de la situation à traiter.

Critères d'un bon scénario.

1. Authentique: situation concrète puisée dans la réalité de la vie professionnelle.

2. Urgent: situation problème appelant un diagnostic ou des décisions à prendre.

3. Pédagogique: informations et formation de base requises sont pertinentes.

4. Complet: situation totale: tous les faits sont présentés.

Types de cas ou scénarios.

1. Incident significatif.

2. Déroulement d'une situation dans le temps.

3. Personne dans une situation embarrassante.

4. Suspense professionnel.

Règles de rédaction du scénario.

1. Centrer le cas sur une seule problématique.
   Unité de situation tout en comportant toutes les données réelles importantes.

   Faits
   Événements — faits-clés

   Sentiments
   Attentes
   Habitudes
   Attitudes, buts — des protagonistes

   Description du milieu; du contexte; de l'époque.

2. Rédaction vivante, correspondant aux capacités d'analyse des participants.

3. Permettre une conceptualisation générale (type opération).

À éviter.

1. Dissimuler des faits.

2. Dire plus qu'on en sait.

3. Interpréter les faits.

4. Trop en dire.

Pourquoi avons-nous privilégié une méthode "d'apprentissage expérientiel"? Plusieurs raisons ont motivé ce choix. C'est d'abord la réflexion qu'impose l'expérience de l'enseignement ainsi que l'analyse et l'évaluation de toutes les méthodes ou moyens déjà expérimentés qui nous ont permis de constater cette affirmation de Carl Rogers, dans son livre *Liberté pour apprendre:* "Ce qui est enseigné n'est pas nécessairement appris, et ce qui est exposé n'est pas nécessairement assimilé". Or, nous voyons que la qualité du rapport maître-élève dépend plus de la capacité d'utiliser l'intuition et l'"expérientiel" que de l'art de transmettre un savoir important. A ce titre, l'expérience des simulations cliniques nous apparaît une façon propice d'ajuster sur le champ ce qui n'apparaît pas clairement,ce qui est fou et complexe. Faire ce qu'on apprend avant de le dire semble plus stimulant pour les "cerveaux". La participation active des étudiants semble les impliquer davantage dans un processus d'apprentissage centré sur des besoins individuels et les inciter à explorer par eux-mêmes et pour eux-mêmes.

Les résultats d'une récente recherche (1978) effectuée dans dix-huit collèges du Québec, auprès de 4,374 étudiants et de 395 professeurs, portant sur l'analyse des ressources et des pratiques pédagogiques, confirment que les étudiants:

1. éprouvent beaucoup d'attrait pour une pédagogie concrète supposant de leur part une implication active et les engageant dans une expérience de vie.

2. manifestent un intérêt très net pour la pratique, le vécu et l'"expérientiel".

3. apprécient ce qui dépasse le plan strictement rationnel.

4. apprécient ce qui engage la personne dans une démarche.

5. apprécient ce qui établit une sorte de relation sensorielle avec les réalités à connaître.

6. apprécient le contact direct avec les êtres et les choses.

7. recherchent la possibilité d'expérimenter les effets d'une action sur le réel, (par Jacques Laliberté dans la revue *Prospectives*, décembre 1979, p. 177-191).

Toutes ces constatations sont autant de raisons qui motivent le choix d'une telle méthode pédagogique. Notre expérience nous confirme aussi que la simulation clinique permet à l'étudiant de reconstituer ses souvenirs et son vécu clinique; de réaliser plus efficacement ses objectifs; de découvrir plus clairement ses propres aspirations et de s'installer dans un processus d'apprentissage senti, désiré et planifié. Les grands dénominateurs communs de ces expériences, tant du point de vue du professeur que de l'étudiant sont: l'acquisition de l'autonomie, de la créativité et de l'esprit de recherche, la participation active, la co-évaluation par les pairs et par les professeurs, et la planification efficace.

Tout cela nous prouve et nous convainc davantage que: "Faire inventer est le secret de l'enseignement non bête!", tel que l'affirme Paul Valéry. Et, poursuit-il:

> "Ce n'est point l'oeuvre faite et ses apparences ou ses effets dans le monde qui peuvent nous accomplir et nous édifier, mais seulement la manière dont nous l'avons faite."

ANNEXE I

Caractéristiques des "jeux de simulation".

1. Analogies à la réalité, suffisamment pour en tirer un enseignement, un modèle de situation basé sur les constantes et sur la dynamique d'une situation réelle.

2. Données concrètes qui ont un caractère de jeu.

3. L'aspect formateur des jeux apparaît dans la richesse et dans la fécondité de l'analyse du vécu des joueurs et ceci, quels que soient les résultats. (L'animation du retour est aussi importante que le jeu lui-même, au niveau des apprentissages à faire.)

Les niveaux d'analyse des jeux

1. La réalité: c'est-à-dire des situations réelles auxquelles on s'intéresse et qu'on choisit de reproduire.

2. Le jeu théorique: c'est-à-dire l'ensemble des moyens choisis pour reproduire cette réalité: les acteurs, leurs rôles, leurs moyens, leurs inter-relations, les modèles.

Note: Leur choix n'est pas quelconque, il dépend à la fois du niveau de connaissance de la réalité concernée et des objectifs que vise la simulation. Il peut arriver que l'on ait intérêt à ralentir certains phénomènes ou même à les décomposer; le facteur temps peut donc être réduit (ex.: une année est jouée en une demi-journée).

3. Le vécu du jeu: un jeu théorique n'est rien, s'il n'est pas joué. Le troisième niveau concerne l'analyse "du vécu du jeu" par des individus donnés, en un lieu et selon des modalités déterminées, avec certaines périodes d'analyse ou de simple rétroaction.

4. L'insertion du jeu: ...dans un contexte global, dans un plan de formation ou dans une séquence de formation.

Les hypothèses théoriques

L'originalité de cette méthode pédagogique réside essentiellement dans le rapport très inhabituel qu'elle instaure entre l'élève et le savoir ou les connaissances qu'il doit acquérir. Au lieu de s'exprimer par le simple intermédiaire du langage, le joueur doit agir, mettre en oeuvre ses connaissances antérieures, vérifier ses intuitions. Il transmet donc, par son comportement, tout un contenu qu'il appauvrirait en le racontant et qu'il n'arriverait peut-être même pas à verbaliser. En face de lui se trouve, non pas un professeur au discours linéaire, mais une réalité qui réagit à ses actes, se transforme devant lui selon certaines modalités. Il n'écoute pas l'enseignement qui lui est transmis, il le vit. Sa relation avec le professeur en est modifiée; celui-ci n'est plus, comme dans l'enseignement traditionnel, le dispensateur d'un savoir structuré et l'évaluateur de performances auxquelles il ne participe pas, mais un animateur, un coordinateur, un analyste. Certains parlent à ce propos de pédagogie de l'échange: échange avec les professeurs mais aussi avec les pairs avec lesquels on doit participer à une même réalité, travailler en équipe, coopérer, négocier et plus seulement lutter pour la première place.

Pour pouvoir tenir son rôle, le joueur doit bien sûr posséder un certain nombre de connaissances, mais celles-ci sont souvent éparpillées; il ne sait pas les mettre en relation, encore moins les appliquer. C'est ce que le jeu va essayer de lui apprendre; en cela il s'apparente à l'apprentissage sur le tas, mais il n'en présente pas les risques: l'entreprise que le joueur met en faillite, la commune qu'il gère mal, l'électorat qui refuse de le réinvestir sont fictifs et il peut expérimenter sur eux sans danger. D'autre part, l'accélération de la séquence: décision des joueurs-réponse de l'environnement, rend plus visibles les conséquences de ces décisions et ceci d'autant plus que la situation

dans laquelle ils se trouvent est simplifiée et les phénomènes les plus intéressants seuls représentés. Ainsi l'attention des joueurs est focalisée sur certains éléments, ce qui leur en facilite l'appréhension et la maîtrise.

La réalité que le joueur explore ainsi au cours de ses sessions de jeu lui apparaît de manière concrète, progressive mais globale, schématisée mais synthétique.

La succession de périodes du type: décisions des acteurs-réaction de l'environnement feed-back n'est pas sans évoquer la séquence d'apprentissage: stimulus-réponse-récompense chère aux behavioristes et qui a trouvé une application pédagogique privilégiée dans l'enseignement programmé. Là s'arrête cependant l'analogie; alors que l'enseignement programmé insiste sur le conditionnement de l'élève à fournir la bonne réponse à une question bien formulée, les jeux mettent l'accent sur l'analyse avec le joueur de ce qui s'est passé dans une situation où il était acteur, espérant par là le faire progresser dans la compréhension de cette réalité. Il apprend aussi à définir, en fonction de ses objectifs, une stratégie à long terme, à la traduire en termes tactiques, à la faire évoluer en fonction des modifications de l'environnement.

Ces quelques remarques éclairent sur les raisons pour lesquelles certains pédagogues recherchent l'utilisation de jeux; méthodes inductives, conduisant à une approche progressive globale et concrète de la réalité, permettant l'erreur et l'expérimentation, introduisant les nouvelles connaissances et techniques à partir de problèmes à résoudre, les simulations jouées apparaissent encore comme très motivantes pour les joueurs et introduisent dans l'ensemble des méthodes pédagogiques une diversité nécessaire.

Les apports des jeux .

Malgré le petit nombre d'expériences sérieuses de validation,

l'accord se fait généralement sur les effets pédagogiques des jeux de simulation.

Ils sont de trois types mais seuls les deux derniers sont spécifiques des jeux:

1. L'acquisition de connaissances concernant des faits, des processus ou des structures; c'est le rôle que joue l'enseignement traditionnel, et parfois mieux: il n'est pas évident qu'il soit plus facile d'apprendre de la comptabilité à l'aide d'une simulation plutôt que par des méthodes traditionnelles. Il est clair, par contre, qu'une fois les connaissances de base acquises, une simulation est le meilleur moyen d'apprendre la manière dont on peut les utiliser pour gérer concrètement une entreprise.

2. La modification des attitudes à l'égard de certains phénomènes et acteurs de la réalité; ainsi, des joueurs qui pensaient que, pour mener une politique sociale, le gouvernement n'avait qu'à la décréter, sont ramenés à plus de réalisme après un jeu de macro-économie; de la même façon, tel directeur commercial qui, dans une simulation, aura tenu le rôle d'un directeur financier n'aura plus, par la suite, le même comportement à l'égard de son propre directeur financier.

3. L'entraînement à des comportements, normatifs ou non; on range dans cette même catégorie l'entraînement des caissiers de grands magasins et l'entraînement des cadres à la prise de décision à long terme.

Ces effets peuvent concerner la réalité reproduite ("effet marketing"), des phénomènes pouvant s'incarner dans diverses réalités (négociation) ou la situation de jeu elle-même (entraînement à la prise de décision en groupe).

Le tableau croisé no 4 résume les thèmes que l'on rencontre à ce sujet dans la littérature sur les jeux.

Tableau no 4

Apport des jeux .

	ACQUISITION DE CONNAISSANCES	MODIFICATION D'ATTITUDES	ACQUISITION DE COMPORTEMENTS
Liés à la réalité reproduite	-sur des concepts, faits ou processus .mécanismes du crédit .effet Marketing .mécanismes de fixation des tarifs .rôle du hasard dans certains phénomènes... .mécanismes écologiques -sur des structures: .liaisons entre phénomènes connus séparément .relations entre rôles .problèmes de communication et imbrication des niveaux de décision dans une organisation donnée -sur les hommes	-dans le sens d'un plus grand réalisme devant des problèmes précis: .difficulté de mener une politique sociale .choix de carrières -dans le sens d'une plus grande compréhension de certains acteurs de la réalité, particulièrement ceux qui détiennent d'autres postes dans l'organisation	-utilisation concrète de techniques déjà étudiées: .comptabilité .fiscalité .analyse financière .analyse économique marginale .gestion commerciale, gestion de la production, gestion du personnel .études de marché .planification à long terme .choix d'investissements -adoption de comportements précis, éventuellement codifiés: rédaction de questionnaires, routines d'organisation: traitement d'un chèque au guichet d'une banque... -coordination entre membres d'une équipe dont chacun connaît son "rôle" personnel

des phénomènes pouvant s'incarner dans diverses réalités	-les phénomènes d'interaction et de communication, particulièrement au sein d'un petit groupe et entre petits groupes .leadership .dialogue - compétition - coopération - négociation .décision collective	-adoption d'attitudes intégrant mieux stratégie et tactique -changement d'attitudes à l'égard des phénomènes de groupe -changements d'attitudes face aux problèmes de décision: .décision séquentielle .décision collective .décision en avenir incertain	-acquisition de la capacité de décisions stratégiques, séquentielles, en avenir incertain -acquisition de la pensée relationnelle (relational thinking)
la situation de jeu	-connaissance des apports et des limites de certains outils faisant partie du jeu: modèles - simulations...	-meilleure compréhension des autres: leurs motivations, leurs attitudes: .les "pairs" (autres élèves, membres d'une même organisation jouant le jeu...) .le concepteur (l'enseignant, les animateurs) -modification de la perception: de soi-même, des autres -attitude envers "le fait d'apprendre"	-meilleure formulation des problèmes -capacité d'utilisation d'outils d'analyse -amélioration des relations interpersonnelles et de la capacité de travailler en groupe -amélioration de la créativité -plus grande confiance en soi -plus grande capacité de remise en cause (de l'environnement, des critères admis)

Intermédiaire entre la théorie abstraite et la réalité trop complexe, le jeu, qui présente cette réalité sous une forme caricaturée mais progressive, globale, concrète et dynamique, favorise également, semble-t-il, l'apprentissage et la mémorisation. Diverses expériences ont tenté de le prouver.

Les risques .

Plus encore que dans l'enseignement traditionnel, les effets d'un jeu sur les différents joueurs sont très hétérogènes, particulièrement selon le type de rôle qu'ils ont joué. Certaines sessions de jeu peuvent n'avoir aucun effet pédagogique, mais on peut facilement y remédier lorsqu'on en a analysé les causes:

1. mauvaise définition des objectifs à l'intérieur du plan de formation;

2. manque de connaissances de base des joueurs;

3. trop grande distance psychologique du jeu théorique à la réalité;

4. absence de perception des objectifs du jeu pour chaque joueur;

5. mauvaise visibilité des actions possibles et des stratégies alternatives;

6. non visibilité ou ambiguïté des résultats et des conséquences de la poursuite de bonnes ou de mauvaises stratégies;

7. mauvaise intégration ou non intégration dans un plan de formation.

On peut cependant supposer qu'un usage modéré des jeux de simulation, combiné à l'utilisation d'autres techniques pédagogiques et des analyses critiques très suivies, puissent éviter de tels risques.

La schématisation de la réalité, la relative simplification des rôles peuvent donner trop de relief à telle ou telle partie de la réalité. Ces défauts ne sont réellement graves que si l'on n'accorde pas une place assez importante aux périodes d'analyse et de réflexion critique. Il est certain que l'on peut améliorer notablement les performances des jeux

en veillant aux conditions de leur utilisation, dans le cadre de plans de formation.

Quelle place peuvent donc occuper les jeux dans une progression pédagogique adaptée? Voici trois exemples qui seront inégalement développés, les deux premiers apparaissant comme relativement classiques.

Le jeu sensibilisateur: situé au début d'une séquence de formation, son rôle est essentiellement d'attirer l'attention des joueurs sur un certain nombre de points précis: phénomènes à observer (interactions dans l'entreprise par exemple), connaissances à acquérir ou techniques à utiliser pour traiter certains problèmes (comptabilité par exemple). Un tel jeu est très difficile à choisir car il doit permettre aux joueurs d'agir, de décider, sans avoir toutes les connaissances auxquelles on veut les sensibiliser: un essai d'utilisation d'un jeu de macro-économie pour sensibiliser des élèves à leurs lacunes en comptabilité nationale a donné des résultats positifs mais insuffisants en raison de ces mêmes lacunes qui bloquèrent l'action des joueurs et leur donnaient mauvaise conscience; d'autre part, les différents rôles ne sensibilisaient pas aux mêmes lacunes. Il a suffit pour obtenir de meilleurs résultats, de placer le jeu en cours de cycle après une formation de base homogène. Mais le jeu ne jouait plus un rôle de sensibilisation.

Le jeu intégrateur: à l'opposé, se situe plutôt à la fin d'une séquence d'apprentissage; il permet de mettre en oeuvre des connaissances théoriques ou pratiques récemment acquises en comptabilité de l'entreprise, en calcul économique, éventuellement en recherche opérationnelle et en informatique, voire même en sociologie.

Il pourra aussi permettre une évaluation des connaissances acquises par chacun; pour une évaluation complète, il faudra cependant reprendre le jeu avec une redistribution des rôles.

Dans ces deux exemples, le jeu reste un module bien individualisé

de la formation qu'il s'agit seulement de bien coordonner avec les autres. On peut se demander s'il ne serait pas intéressant de construire une séquence de formation autour d'un jeu qui en serait le moteur et l'élément structurant.

La situation de jeu elle-même entraîne l'apprentissage de comportements sans le moindre rapport avec la réalité: les "effets de fin de jeu" connus et redoutés des spécialistes en sont une illustration car les joueurs veulent faire une bonne prestation, "gagner", même si cela n'est pas le but du jeu. Ils adoptent donc le comportement qui leur procurera le meilleur "score" final. Ce n'est évidemment pas forcément le mieux adapté à la réalité: dans les jeux d'entreprises, on voit ainsi des joueurs arrêter toute campagne publicitaire deux périodes avant la fin, ce qui est un bon calcul au niveau du jeu puisque les campagnes publicitaires ne donnent de résultat que deux périodes plus tard. Mais sans doute pas au niveau de la compréhension de la réalité. Deux solutions sont généralement mises en oeuvre par les concepteurs: la première, difficile à manier, consiste à ne pas informer les joueurs de l'heure ou de la période de fin de jeu; la seconde à évaluer les joueurs, non seulement sur leurs résultats à la fin de jeu mais sur leurs plans à long terme. C'est là encore un artifice, mais il suffit souvent à assurer un bon contrôle de ces effets parasites.

Ces défauts ne sont réellement graves que si l'on n'accorde pas une place assez importante aux périodes d'analyse et de réflexion critique.

Il est certain que l'on peut améliorer notablement les performances des jeux en veillant aux conditions de leur utilisation dans le cadre de plans de formation.

L'intégration des jeux dans les plans de formation

La définition rigoureuse d'un plan de formation devrait obligatoirement comporter les étapes suivantes: définition des objectifs,

évaluation du niveau initial de la population à former, choix des modules de l'enseignement, organisation de ces modules, cohérence et progression vers les objectifs, contrôle individuel et collectif.

Mais peu de plans de formation sont conçus de manière vraiment systématique; ceci frappe particulièrement dans ceux qui contiennent des jeux de simulation dont le choix apparaît comme une solution de facilité et qui sont offerts en prime aux élèves sans que l'on ait cherché à savoir s'ils vont réellement contribuer à leur formation, encore moins s'ils sont bien situés dans la progression pédagogique. "On leur a même offert un jeu" s'exclamait le responsable de la formation d'une grande société. Dans cette optique, on conçoit que plus un jeu est cher, plus il est réputé efficace... On voit donc des entreprises envoyer des cadres techniques, sans aucune formation préalable, "jouer" pendant deux jours pour les former aux problèmes de gestion...avec les résultats que l'on peut imaginer...

Les difficultés d'évaluation

Le jeu étant une forme pédagogique fondamentalement différente du cours traditionnel, il ne peut donc déboucher sur le même type de savoir exprimable par le langage, et ne peut être évalué de la même façon. L'originalité des jeux est d'apporter aux élèves, outre une plus grande motivation, une forme de savoir qu'aucune forme pédagogique traditionnelle ne peut apporter.

Les premiers efforts à accomplir dans ce domaine relèvent du simple bon sens: il s'agit d'abord de définir de manière précise les objectifs d'une telle simulation, non pas en termes de connaissances à acquérir, mais en termes de comportements ou d'attitudes.

Pour vérifier si ces objectifs ont été atteints et à quel degré, il n'est pas inutile de mettre en oeuvre tous les outils d'évaluation dont on dispose: l'observation d'abord, puis la discussion, débat à chaud

qui permet de connaître l'opinion instantanée des joueurs; le questionnaire d'opinion qui donne un peu plus de recul par rapport à une session très implicante et dont on peut proposer aux joueurs plusieurs versions plus ou moins éloignées de la session.

Plus difficiles à mettre en oeuvre, les tests écrits ou oraux permettent de préciser l'évaluation; ils sont évidemment difficiles à élaborer compte tenu de la spécificité des objectifs des jeux, mais peuvent, surtout s'ils sont établis "avant-après", donner de précieuses indications. Les questionnaires ont un inconvénient: ils ne permettent pas d'évaluer l'apport non-verbal et structural en termes de discours, des jeux et leur incidence sur la modification des comportements dans la réalité.

L'observation de chaque joueur en situation réelle (avant-après) est une solution bien séduisante mais très coûteuse et quelque peu faussée, car le sentiment pour le sujet d'être observé, modifie peut-être autant son comportement que sa participation à la simulation.

Plutôt que d'essayer d'évaluer de manière absolue les effets pédagogiques d'un jeu avec les difficultés que l'on vient d'évoquer brièvement, certains chercheurs ont choisi de procéder à des comparaisons entre les effets pédagogiques d'un jeu et d'une autre méthode pédagogique. Cette démarche satisfait au premier abord, car ce qui importe au pédagogue, c'est avant tout de mieux enseigner, de trouver les meilleurs outils pédagogiques et les mieux adaptés. Peut-on vraiment assigner des objectifs comparables à des modes de formation différents? En admettant même que l'on ait trouvé deux modules d'enseignement comparables en tous points de vue, ce que chacun des modes pédagogiques a de spécifique, donc leur richesse propre, échappera à l'analyse. Cette voie de recherche nous semble donc tout à fait secondaire.

Boutin, Anne-Marie, "Pédagogie et jeux de simulation", dans la revue *Metra*, 1975, vol. 3.

ANNEXE 2

La "simulation" comme type d'apprentissage expérientiel

Le courant qui tend vers un apprentissage expérientiel se révèle dans l'utilisation de plus en plus fréquente du procédé de la simulation en classe. On entend par "simulation" un système social en miniature; un modèle d'organisation, de nation, de monde; un "laboratoire analogique" grâce auquel une multitude de situations sociales peuvent être reproduites (14). Jusqu'à présent, on a effectué plus de recherches dans le domaine des relations internationales que dans tout autre secteur social (1, 6, 13), mais on a déjà réalisé quelques études-pilotes simulant des familles, des établissements scolaires, des partis politiques, des corporations professionnelles, des parlements et des groupes de pression. Une simulation est une affaire assez compliquée; il faut d'ailleurs que les participants possèdent préalablement toute une série de connaissances concernant le système et se soient rodés à leur fonction dans le système.

H.T. Sprague (14) décrit une simulation de relations internationales qui a été abondamment utilisée avec des étudiants de l'enseignement secondaire.

> La Simulation Inter-Nation (S.I.N.) présente le modèle d'un "monde" constitué de plusieurs "nations". Chacune des nations est gouvernée par un certain nombre de "dirigeants" qui s'efforcent de se maintenir au pouvoir malgré diverses pressions "internationales" ou "intérieures". Ils ont reçu des informations sur l'histoire de leur nation, sur son économie, ses caractéristiques militaires et politiques; à partir de là les dirigeants allouent des subventions à la défense du pays, à son développement économique, à l'aide à l'étranger, au commerce extérieur, ils s'efforcent de satisfaire les besoins des citoyens en biens de consommation, ils assurent la stabilité à l'intérieur du pays, ainsi que la protection contre

les menaces étrangères. Ils doivent se débrouiller avec des guerres, des menaces de guerre, les exigences des milieux militaires et économiques, l'opposition intérieure ou l'insurrection. Le cours des événements est déterminé en partie par les caractéristiques sociales, économiques et politiques inscrites dans le modèle par celui qui dirige l'expérience, et en partie par les réponses et les décisions des participants eux-mêmes.

Le "temps" est fortement condensé; chaque période de 50 minutes représente une année, et un "tour" complet de simulation peut compter jusqu'à 20 périodes. Mais comment "fonctionne" la simulation? Comment les dirigeants connaissent-ils les conséquences de leurs décisions, et comment apprenent-ils si leurs décisions sont bonnes ou mauvaises?

Dans la S.I.N., les conséquences des décisions sont calculées suivant des formules mathématiques et des valeurs numériques données. Par exemple, une formule est utilisée pour déterminer le rapport entre, d'une part, les moyens consacrés à la production de biens de consommation et, d'autre part, le degré de satisfaction des citoyens par rapport au niveau de vie. Si l'on a investi trop peu en biens de consommation, le niveau de vie descend, les citoyens sont mécontents; si leur mécontentement, mesuré par une autre formule, dépasse un certain seuil, le Directoire Central perd sa charge.

Une autre formule est utilisée pour calculer la force militaire et défensive relative de chaque pays et de chaque bloc de pays. Si les besoins de la défense ont été négligés parce que trop de ressources ont été consacrées aux biens de consommation ("plus de beurre que de canons"), la communauté des citoyens ne sera sans doute pas satisfaite au point de vue de la sécurité du pays, et encore une fois le Directoire Central risque de perdre sa charge. On a développé beaucoup d'ingéniosité pour améliorer ces formules qui donnent aux participants un "feedback" clair et réaliste

chaque fois qu'ils prennent un ensemble de décisions.

D'autres modèles existent qui reproduisent d'autres aspects des relations internationales, particulièrement les aspects qui sont en rapport avec les communications. Avec la simulation, on est bien forcé de se débattre avec des cas de problèmes: les obstacles aux communications entre nations, les fuites de secrets et l'espionnage, les faux renseignements, les difficultés d'une communication claire en période de tension, les effets produits par le style volontairement flou des diplomates, l'usage et l'abus de la presse internationale, les problèmes des entretiens directs entre chefs politiques nationaux ou au sein d'une organisation mondiale, etc.

Quels types d'apprentissage résultent de l'emploi de la simulation? Ils procurent à l'étudiant une expérience de première main des différents processus qui se présentent dans la vie réelle: devoir prendre des décisions à partir d'une information incomplète et mouvante et en tenant compte d'un délai limité; se heurter aux difficultés de la communication, aux conséquences parfois désastreuses des malentendus et des messages qui se croisent, ou au décalage qui existe entre la communication verbale et le comportement réel; devoir tenir compte des relations interpersonnelles au cours d'une négociation, d'un marchandage ou de tractations. À travers l'expérience, l'étudiant s'engage profondément: non seulement il entreprend des actions, mais il porte la responsabilité des décisions qu'il prend et des actes qu'il accomplit. Une discipline spontanée s'instaure en vue de rassembler l'information, de prendre des décisions, de passer à l'action. Une expérience de ce genre tend à développer un apprentissage positif et constructif, au lieu de la critique négative qu'on encourage souvent dans l'enseignement habituel.

Bien que la recherche scientifique sur les résultats de la "simulation" soit encore dans les langes, il n'y a pas de doute que les étudiants s'engagent avec enthousiasme dans l'expérience, et (en tout cas

avec une simulation telle que la S.I.N.) il est clair qu'ils ont l'impression d'apprendre beaucoup sur les relations internationales, le comportement humain et les difficultés de communication (14). Ils préfèrent nettement cette méthode à celle des cours expositifs (1). Ce qui me paraît valable aussi, c'est que, bien que ce soit le professeur qui présente la simulation dans le groupe, c'est la classe et chaque étudiant qui assument la responsabilité de faire fonctionner le système, ce qui ne peut qu'être profitable dans la ligne d'un apprentissage autodéterminé.

Rogers, Carl, "Liberté pour apprendre", Paris, Dunod, 1973, p. 137-139.

ANNEXE 3
L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL

Définition de l'apprentissage existentiel .

Par apprentissage existentiel, l'auteur veut parler d'un apprentissage dans lequel toute la personne est impliquée, à la fois avec ses dimensions cognitive et affective. C'est un apprentissage qui est amorcé par la personne elle-même. C'est un apprentissage qui pénètre, qui veut influencer le comportement de l'élève et peut-être même ses attitudes et sa personnalité. C'est un apprentissage dans lequel l'élément "sens" ou "signification" fait partie de l'expérience elle-même[1]. Dans cette expérience, le lieu d'évaluation, le centre du processus évaluatif (valuing process) est chez l'élève et non chez le professeur ou chez d'autres. (Rogers, 1966b, p. 2)[2]

1. "*It is a learning in which the element of meaning to the person is built into the experience*" (Rogers, 1966b, p. 2).

2. Rogers, C.R. (1966b). *How can the teacher facilitate significant learning.* Document inédit.

Extrait de la thèse de doctorat en psychologie de Bernard Tremblay intitulée: "Les caractéristiques de la personne et du comportement du professeur de niveau collégial, favorisant un apprentissage existentiel par l'étudiant" (août 1968).

ANNEXE 4

L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL

L'image du professeur efficace .

Une personne ayant un équilibre émotionnel supérieur, en sécurité est capable d'établir des relations interpersonnelles, capable aussi de support et d'encouragement. Acceptant de lui-même et des autres, il est aussi capable d'exprimer de la chaleur, d'être empathique et authentique. Flexible dans l'exercice de son influence, ayant une perception exacte de la situation, il se définit ainsi que son rôle en tenant d'abord compte de la situation présente. Reléguant donc une partie de son autorité, il accepte de se centrer davantage sur l'élève, le groupe, leurs besoins et sait y relier l'apprentissage. Essayant d'utiliser la motivation intrinsèque de l'élève pour créer des apprentissages, il demeure une personne habile à communiquer et à s'exprimer avec clarté et énergie, ayant une connaissance approfondie de son sujet et capable de l'utiliser de façon créatrice.

Extrait de la thèse de doctorat en psychologie de Bernard Tremblay intitulée: "Les caractéristiques de la personne et du comportement du professeur de niveau collégial, favorisant un apprentissage existentiel par l'étudiant" (août 1968).

BIBLIOGRAPHIE

Boutin, Anne-Marie, "Pédagogie et jeux de simulation", dans la revue Metra, 1975, vol. 3.

Gagné, Robert M., The conditions of learning, Toronto, Holt-Rinehart-Winston, 1970.

Gendlin, Eugène T., Une théorie du changement de la personnalité, Montréal, C.I.M., 1975.

Gingras-Audet, Jeanne-Marie, "Notes sur l'art de s'inventer comme professeur", Prospectives, décembre 1979, vol. 15, n° 4, p. 193-204.

Kolb, Rubin, McIntyre, Comportement organisationnel: une démarche essentielle, U.S.A., 1976, Traduit par Marion-Prévost chez Guérin.

Laliberté, Jacques, "Attitudes, comportements et attentes des étudiants d'un ensemble de collèges du Québec", Prospectives, décembre 1979, vol. 15, n° 4, p. 177-191.

Osterreith, Paul, Faire des adultes, Bruxelles, Éditions Charles Dessard, 1966, p. 9-27.

Pelletier, D., Bujold, C., Noiseux, G., Développement vocationnel et croissance personnelle, Montréal, McGraw-Hill, 1974, chap. 4,5,6.

Rogers, Carl, Liberté pour apprendre, Paris, Dunod, 1973, p. 137-139.

Simon Pierre, Albert Lucien, Les relations interpersonnelles: une approche expérientielle en milieu de laboratoire, Paris, Éd. du Trianon.

Toffler, Alvin, Le choc du futur, Paris, Éditions DeNoël, 1971.

Notes de cours "Performa" "Jeux de simulations".

REGARD SUR LA SATISFACTION DES NOUVELLES INFIRMIÈRES ET DES RESPONSABLES EN MILIEU HOSPITALIER APRÈS 5 ANS - 10 ANS DE FORMATION COLLÉGIALE
(rapport de recherche)

Jeanne Aymée Richard, professeur de soins infirmiers, Collège du Vieux-Montréal.

Justification du choix de recherche.

L'expérience acquise depuis plusieurs années dans ma profession et dans l'enseignement a suscité le désir d'étudier d'un point de vue analytique la réalité complexe que nous vivons depuis 1967 avec l'avènement des cegeps.

Une étude réalisée en 1973, dans un mémoire de maîtrise, m'a permis de recueillir certains faits significatifs de la réalité. J'ai donc choisi d'effectuer une analyse longitudinale, c'est-à-dire d'évaluer deux groupes de sujets cinq ans plus tard, afin de vérifier les changements opérés.

Questions de recherche.

Quelle est la satisfaction des étudiants face à leur formation au niveau collégial? Sont-ils bien préparés pour répondre aux besoins du milieu? Y a-t-il corrélation entre le milieu de formation et celui du travail? Les principes scientifiques enseignés s'appliquent-ils à la réalité du milieu professionnel? L'éventail d'objectifs à atteindre permet-il à l'étudiant d'approfondir les connaissances pour acquérir une certaine sécurité intérieure et les habiletés que le milieu exige de lui?

Méthodologie.

Le processus théorique est inspiré de Stufflebeam. Il s'agit de procéder à une analyse du contexte qui, en l'occurrence est le "produit fini", afin de vérifier l'atteinte de certains objectifs du programme

180-601 dans son aspect clinique.

Population et échantillon .

L'échantillon est tiré de la population des institutions hospitalière et de formation ayant collaboré à l'étude de 1973. Il réunit quatre groupes de sujets: les infirmières chefs et les diplômés, puis les professeurs et les finissants. La population et les institutions ne sont pas considérées comme représentant l'ensemble de la province, mais bien comme représentant la région francophone du Montréal métropolitain.

Instruments de mesure .

Les données sont recueillies par mode de questionnaires. Ceux-ci comportent des informations d'ordre général, des opinions personnelles sur la formation. Trois thèmes principaux forment le corps de la thèse: 1) la satisfaction de la formation au niveau collégial; 2) la capacité d'exécution de certains soins infirmiers; 3) l'évaluation des diplômés et des finissants par eux-mêmes (réelle) puis par les professeurs et les infirmières chefs (perception). La classification des questions est purement didactique, mais la description obtenue peut être utilisée à des fins pronostiques ou diagnostiques.

Méthodes d'analyse .

Utilisation de tableaux de distribution de fréquence: le test de X^2 montrant s'il existe une relation entre les variables; le test "t" de Student et analyse de la variance. Dans tous les cas nous retenons la possibilité à $p=0,05$.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE 1973-1978

Opinions sur la formation clinique médico-chirurgicale

	Durée réelle			Durée souhaitée		
	1 - 2 mois	3 - 6 mois	sans réponse	1 - 2 mois	3 - 6 mois	sans réponse
Professeurs	43%	57%	-	7%	93%	-
Infirmières chefs	35%	65%	-	2%	98%	-
Diplômés	37%	63%	-	5%	95%	-
Finissants	45%	55%	-	10%	90%	-
Participants (ateliers)	68%	12%	20%	4%	80%	16%

Il apparaît qu'une fausse perception de la formation clinique en 180-601 existe tant dans le milieu de formation que dans celui du travail. Néanmoins, il est évident que les deux milieux s'accordent pour prolonger de plusieurs mois la durée de la formation laboratoire clinique. Il est à signaler que les participants sont plus près de la réalité (68%) quant à la durée réelle.

Opinions quand à la période d'essai ou d'intégration

	Durée réelle		Durée souhaitée	
	Diplômés	Participants	Diplômés	Participants
Moins 1 mois	56%	76%	3%	12%
Minimum 1 mois	-	-	55%	12%
1 à 2 mois	44%	24%	-	-
2 mois et +	-	-	41%	76%

Il est à noter que les participants sont près de la réalité quant à leur perception de la durée réelle de la période d'essai. Leurs souhaits s'orientent vers l'internat. Les souhaits des deux groupes semblent confirmer le désir de compléter la formation par la période d'intégration. Les diplômés les plus satisfaits sont ceux qui ont effectivement joui d'une période de un à deux mois.

Les données suivantes nous renseignent sur le degré de satisfaction face à la formation et à la préparation au marché du travail.

	Degré de satisfaction	
	Préparation au marché du travail	Formation au niveau collégial
Professeurs	64%	42%
Infirmières chefs	39%	39%
Diplômés	60%	47%
Finissants	61%	58%
Participants	40%	60%

Toute la population est peu satisfaite de la préparation des diplômés à répondre aux besoins du milieu. Les sujets les moins satisfaits sont ceux qui sont directement impliqués dans la distribution des soins. Quant à la satisfaction de la formation en général, les chiffres parlent d'eux-mêmes.

L'insécurité est au-dessus de 80% pour l'échantillon et pour les participants qui l'attribuent, parmi les causes suggérées, au manque d'habileté et à la période d'essai trop courte.

SOINS SPÉCIFIQUES DES SOINS INFIRMIERS

20. Injection I/V.
21. Injection I/M.
22. Injection S/C.
23. Aspiration des secrétions.
24. Soins du tube de Levin.
25. Soins de colostomie.
26. Soins de trachéotomie.
27. Pose de sonde Fowley.
28. Manipulation de moniteur cardiaque.
29. Tests de laboratoire (les plus fréquents).
30. Drainage de plaie.
31. Pansements aseptiques.
32. Administration d'oxygène.

Échelle: 1 exécution seule 2 sous-surveillance 3 apprentissage sur place

Selon les infirmières chefs, les diplômés de 1978 ont plus de soins à apprendre sur place et à exécuter sous surveillance qu'en 1973. Le pourcentage d'exécution seule est donc diminué de beaucoup en 1978. Faut-il y déceler une moins bonne performance des diplômés? Le milieu de travail serait-il plus exigeant? S'agit-il d'un manque de ressources cliniques durant la formation? Ces soins se pratiquent-ils encore? Plusieurs causes peuvent être évoquées, mais il n'en reste pas moins un doute quant à la préparation adéquate des diplômés face aux besoins du milieu, doute moins apparent en 1973 selon la figure 1.

L'évaluation de la performance des diplômés

L'évaluation est faite à partir de vingt-cinq critères de performance sur une échelle de cinq points, cinq étant le maximum. Les critères sont divisés en six objectifs et présentés sous forme de graphiques composant l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés pour 1973 et 1978.

Tout comme les autres résultats mentionnés, il s'avère que l'évaluation pour chacun des objectifs est à la baisse quand il s'agit de l'infirmière chef. Par contre, les moyennes sont très élevées lorsqu'il s'agit des diplômés. Pour chacun des critères les courbes sont inversées. Les écarts entre les cotes utilisées sont grands. Par contre, une certaine similitude entre les courbes est maintenue et ne peut relever du hasard. En résumé, les infirmières chefs trouvent que la performance des diplômés de 1978 est inférieure à la performance des diplômés de 1973. Les diplômés eux, sans point de comparaison, s'évaluent dans moyens supérieurs (au-dessus de trois) sauf pour quelques critères. Donc sans être très satisfaits de leur formation, ils considèrent avoir une bonne performance (détails: figures 2 à 7).

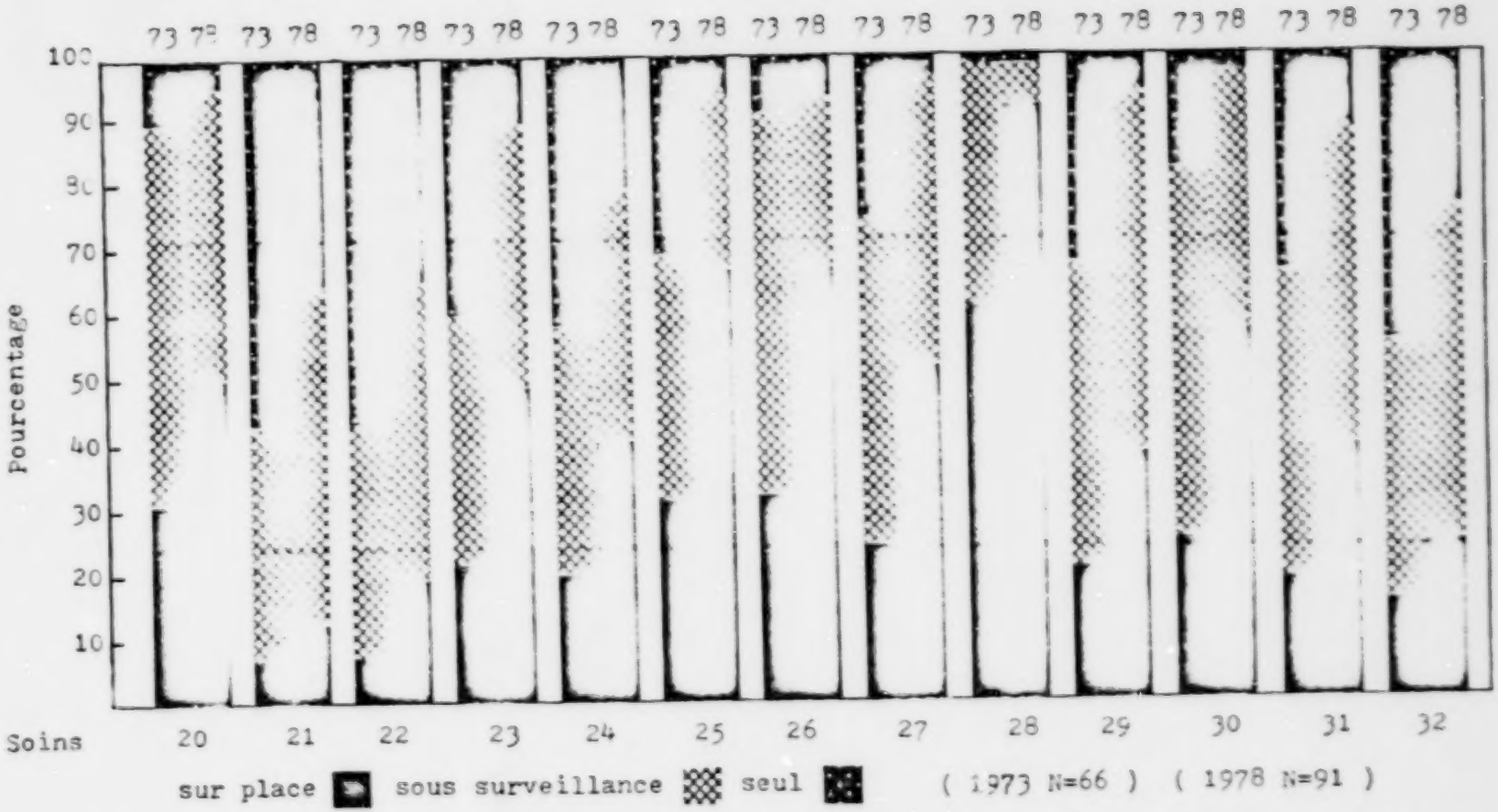


Fig. 1 - Comparaison d'exécution seul, sous surveillance et d'apprentissage sur place selon les attentes des infirmières chefs de 1973 et de 1978.

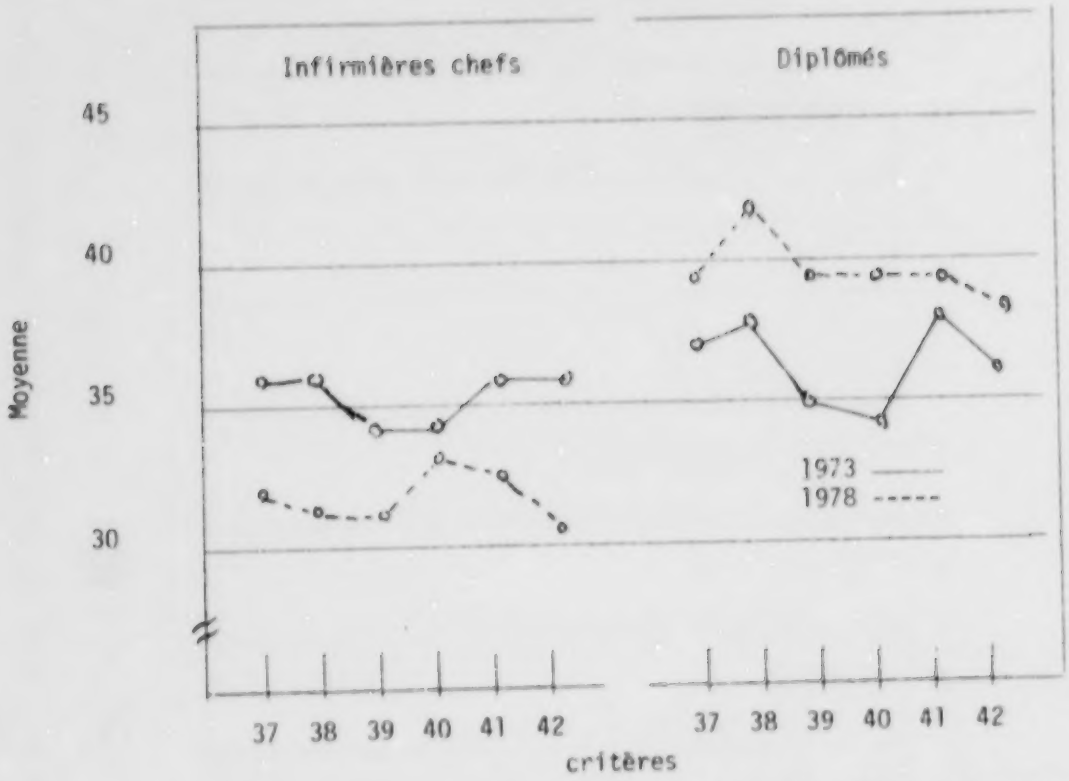


figure 2 - Moyenne de l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés relative au premier objectif.

Premier objectif: soins distribués en fonction des besoins indentifiés.

37. L'infirmier planifie les soins requis.
38. Il tient compte de la priorité des soins.
39. Il tient compte des principes scientifiques.
40. Il vérifie l'efficacité de son action.
41. Il observe les signes et symptômes.
42. Ses observations au dossier sont pertinentes.

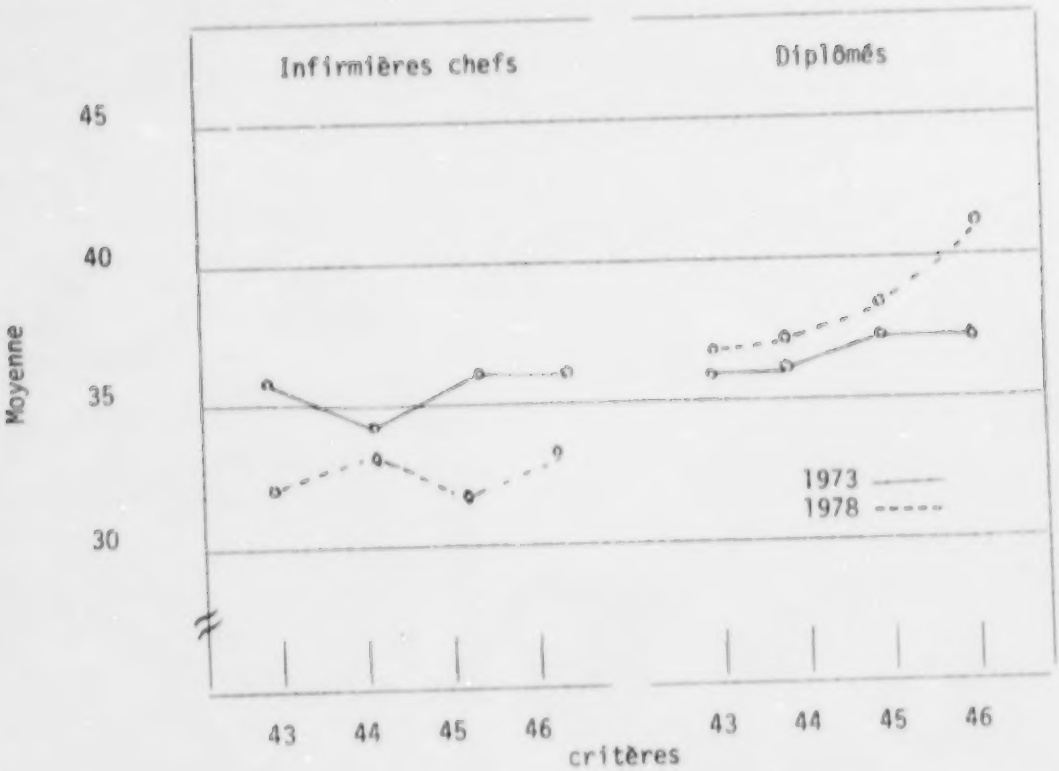


figure 3 - Moyenne de l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés relative au deuxième objectif.

Deuxième objectif: capacité d'exécuter les soins généraux et spécifiques en regard des procédés d'investigation les plus utilisés.

43. Il connaît les moyens d'investigation.

44. Il prépare psychologiquement son client.

45. Il prépare physiquement son client.

46. Il surveille les soins pré et post examen.

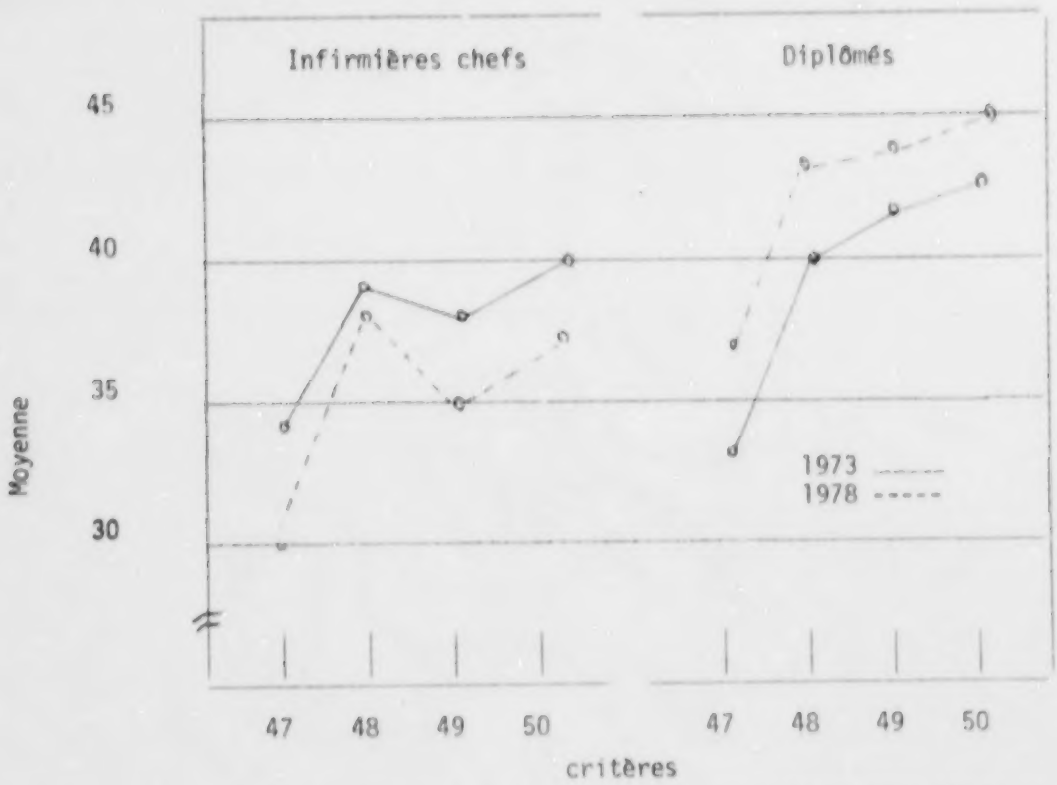


figure 4 - Moyenne de l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés relative au troisième objectif.

Troisième objectif: capacité d'exécution en regard de la thérapeutique médicamenteuse.

47. Il connaît l'action des médicaments.

48. Il respecte l'horaire des médicaments.

49. Il connaît la posologie et respecte la dose des médicaments.

50. Il identifie le bon client dans l'administration de la médication.

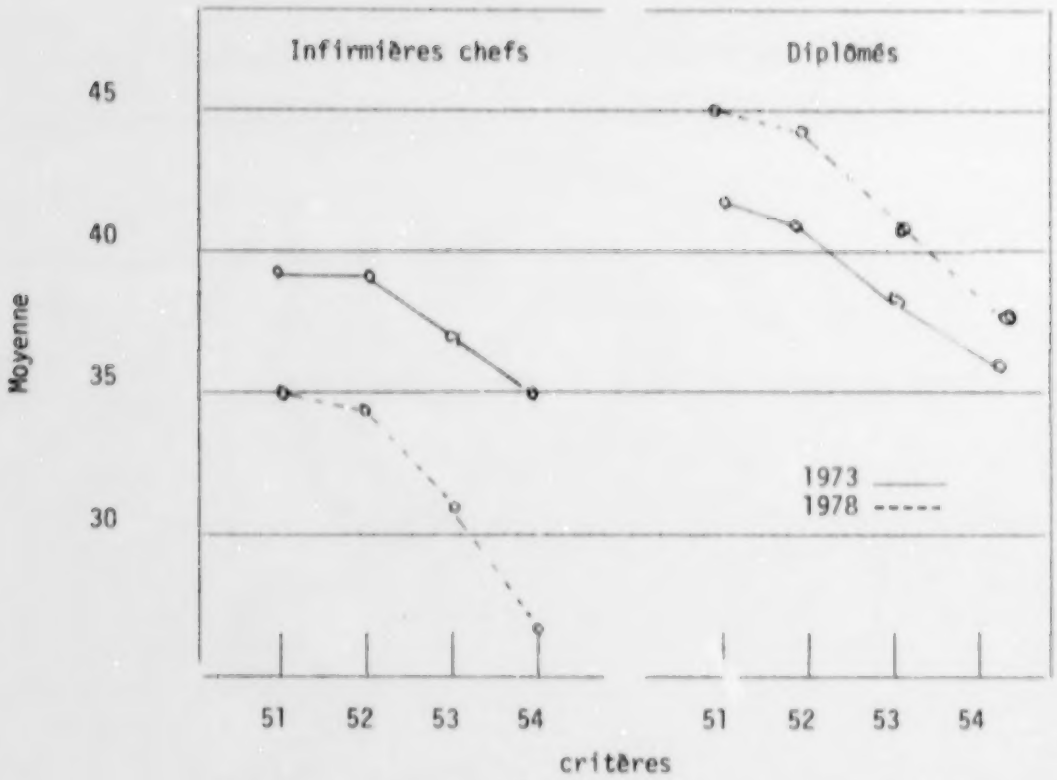


figure 5 - Moyenne de l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés relative au quatrième objectif.

Quatrième objectif: l'asepsie en regard des soins généraux et spécifiques.

51. Il connaît les principes d'asepsie.

52. Il respecte les principes d'asepsie.

53. Il manipule avec "facilité" le matériel utilisé.

54. Il organise bien son horaire.

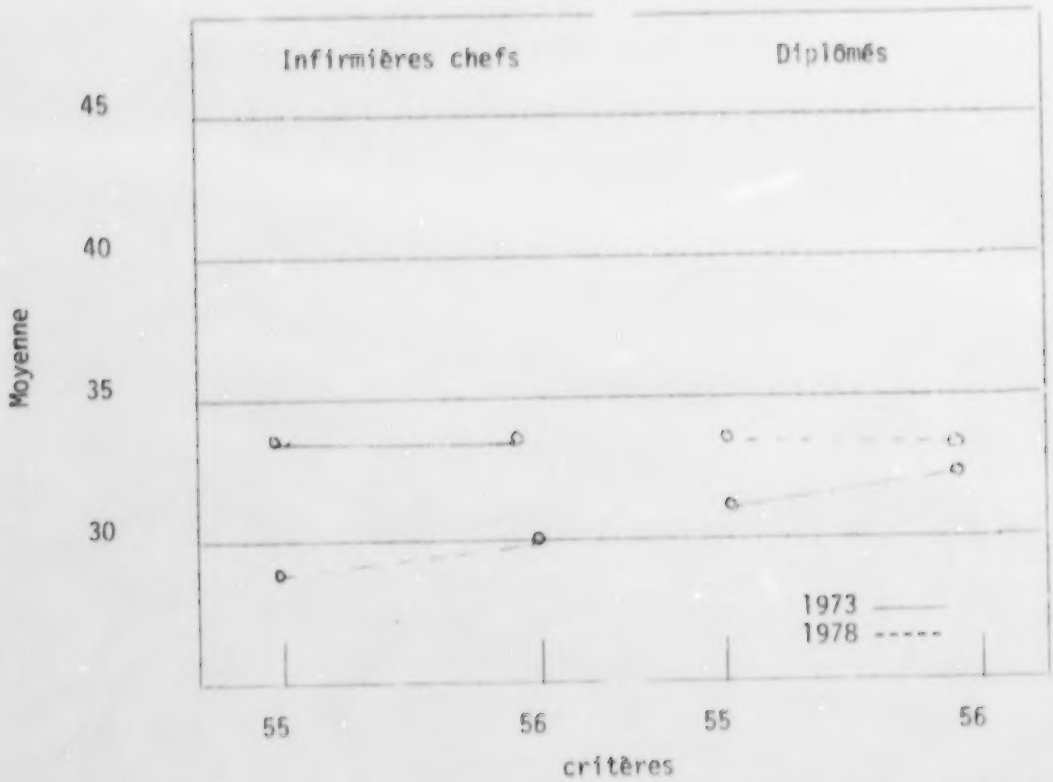


figure 6 - Moyenne de l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés relative au cinquième objectif.

Cinquième objectif: exécution des soins en regard de la diétothérapie.

55. Il connaît les principales diètes.

56. Il vérifie la compréhension de la diète chez le client.

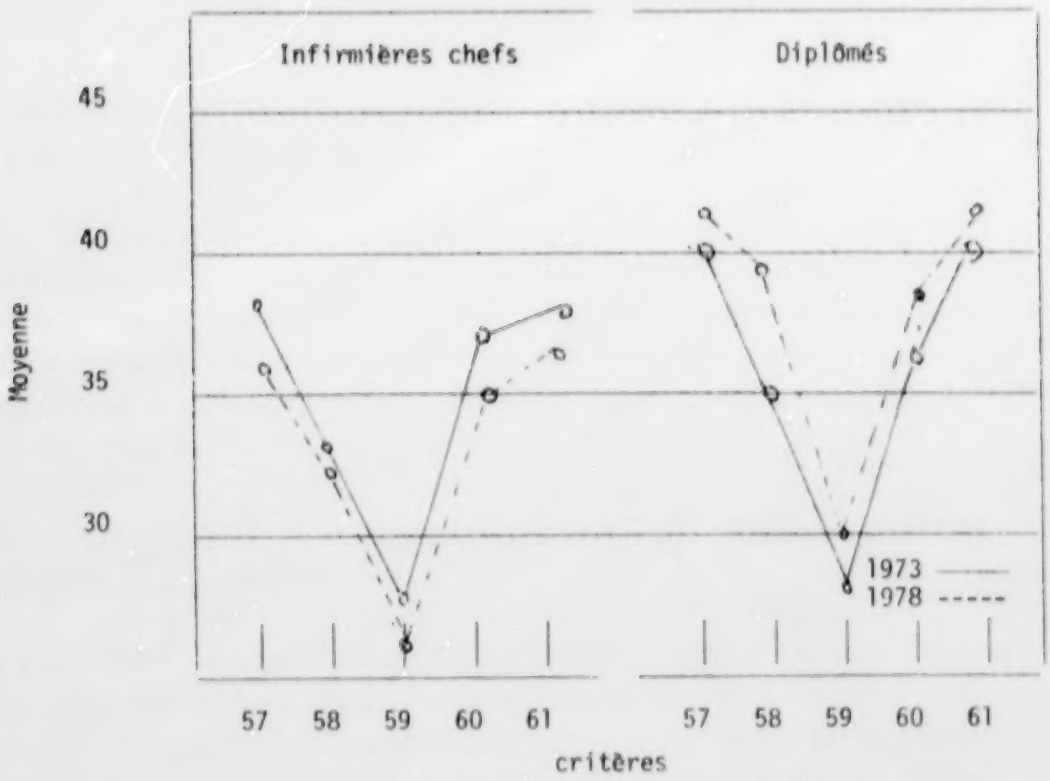


figure 7 - Moyenne de l'évaluation des infirmières chefs et des diplômés relative au sixième objectif.

Sixième objectif: capacité d'établir la communication avec le client, son entourage et l'équipe "soignante".

57. Bonne communication avec le client/famille.

58. Il favorise l'autonomie du client.

59. Il oriente le client vers les ressources communautaires.

60. Il communique facilement avec l'autorité.

61. Il communique facilement avec l'équipe "soignante".

EN QUOI UN CADRE CONCEPTUEL DE SOINS INFIRMIERS SE DIFFÉRENCIE-T-IL DE LA DÉMARCHE "SOLUTION DE PROBLÈMES"?

Lise Riopelle, conseiller en formation professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Cet exposé comprend trois parties. La première partie donne un bref aperçu de la différence entre un cadre conceptuel en soins infirmiers et la démarche solution de problèmes; la seconde partie porte sur les difficultés rencontrées par les professeurs lors de l'adoption d'une conception en soins infirmiers dans leur programme et la troisième énonce des amorces de solutions.

Différence entre un cadre conceptuel en soins infirmiers et la démarche solution de problèmes.

Un cadre conceptuel en soins infirmiers permet de concevoir la profession d'infirmière. Mais pour être complet et utilisable, le cadre conceptuel appelé aussi schème conceptuel ou cadre de référence doit comporter les éléments suivants:

les postulats qui représentent le support théorique et scientifique du cadre conceptuel;

les valeurs ou croyances qui justifient la conception;

les éléments de la conception qui sont le but de la profession; la cible, c'est-à-dire l'individu qui reçoit le service; le rôle du professionnel, en l'occurence le rôle de l'infirmière; la source de difficulté que l'on retrouve chez le client; l'intervention du professionnel qui comprend le centre de l'intervention; les modes d'intervention et, finalement, les conséquences voulues qui rejoignent l'atteinte du but.

Ainsi, le cadre conceptuel permet d'expliciter le service que nous voulons rendre à la société.

Cependant, lorsque nous sommes auprès du client, nous utilisons une démarche scientifique qui, par ses étapes, nous permet d'exercer notre profession dans la réalité en tenant compte du cadre conceptuel.

Cette démarche s'apparente à la méthode de solution de problèmes, mais elle acquiert sa spécificité par le cadre de références qui la sous-tend.

Cette démarche comprend plusieurs étapes qui sont:

1. la collecte des données;

2. l'analyse et l'interprétation des données;

3. la planification de l'intervention;

4. l'exécution de l'intervention;

5. l'évaluation.

Donc, qu'on utilise l'un ou l'autre des cadres conceptuels existants, les étapes sont les mêmes. Par contre, selon le cadre de références choisi, les éléments du modèle étant différents, la démarche sera distincte dans son contenu.

Un programme d'études qui s'inspirerait d'un cadre conceptuel viserait à rendre l'étudiant capable d'acquérir les connaissances, les attitudes et les habiletés pour appliquer auprès des clients, la démarche scientifique en soins infirmiers.

L'apprentissage de cette démarche se fait par étapes. En première

année l'étudiant, par le processus d'observation recueille des données, ensuite il acquiert le processus d'analyse des données. En deuxième année, il applique la démarche au complet chez des clients en situation simple de problèmes de santé et, en troisième année, il acquiert progressivement la maîtrise de la démarche dans des situations plus complexes de problèmes de santé.

L'étudiant ne doit pas concevoir la démarche scientifique comme un devoir fastidieux qu'il rédige après son stage, à son domicile. Pour lui, la démarche doit représenter une méthode scientifique qui lui permettra d'exercer sa profession. C'est auprès des clients qu'il l'utilisera et qu'il apprendra à l'apprécier à sa juste valeur puisqu'il réalisera que cette façon de procéder rend possible le soin personnalisé.

Difficultés rencontrées par les professeurs lors de l'adoption d'une conception en soins infirmiers dans leur programme d'études.

De nos jours, on parle de plus en plus d'élaborer un programme d'études en Techniques infirmières, à partir d'un cadre conceptuel en soins infirmiers. Les professeurs de Techniques infirmières de certains collèges, depuis quelques années, utilisent un cadre conceptuel; d'autres sont en voie de réviser leur programme selon une pensée de soins infirmiers; plusieurs sont en délibération sur le choix d'une conception parmi les modèles existants et finalement, quelques-uns hésitent entre le statu quo et l'adhésion à un modèle en soins infirmiers.

Quel que soit le chemin parcouru par les professeurs dans la révision de leur programme, il semble que le changement d'un modèle médical à un modèle en soins infirmiers, suscite de nombreuses difficultés d'application. Par exemple, des professeurs croient qu'un cadre conceptuel en soins infirmiers bouscule le choix des expériences cliniques et les méthodes d'apprentissage.

Cette situation semble découler des faits suivants:

1. Révision du programme à partir d'une conception en soins infirmiers, sans adhésion réelle de chaque professeur à l'abandon du modèle médical.

2. Insécurité des professeurs face à la maîtrise d'une conception en soins infirmiers.

3. Les cours de soins infirmiers étant très compartimentés, il n'y a pas de fil conducteur qui les relie et, ainsi, la démarche scientifique appliquée aux soins infirmiers est utilisée différemment d'un cours à l'autre.

4. Les situations d'apprentissage sont choisies en fonction du modèle médical malgré l'adhésion à une pensée en soins infirmiers.

Il faut noter que malgré toutes ces constatations, les professeurs persévèrent dans les travaux d'élaboration de leur programme d'études. La dernière partie de ce résumé porte sur une tentative d'amorces de solutions aux problèmes rencontrés par les professeurs qui vivent une situation de changement.

Amorces de solutions.

Les solutions qui sont suggérées dans ce texte sont formulées sous forme d'étapes à suivre pour réviser un programme d'études basé sur un cadre conceptuel en soins infirmiers.

Un programme d'études repose sur les assises suivantes:

PHILOSOPHIE DE L'HOMME

PHILOSOPHIE
DE L'ÉDUCATION

CADRE CONCEPTUEL
EN SOINS INFIRMIERS

Il est important, avant de réviser les objectifs du programme, d'être unanime sur ces différentes façons de penser. En ce qui a trait au cadre conceptuel en soins infirmiers (sujet qui a été traité lors de l'atelier), voici une façon de procéder qui pourra peut-être faciliter l'application d'une conception des soins infirmiers à l'intérieur d'un "curriculum". Les étapes proposées sont:

1. Avant de choisir un modèle en soins infirmiers, s'assurer que chaque professeur est conscient qu'un pareil choix implique l'abandon du modèle médical. Donc nouveaux objectifs de cours et remaniement des cours théoriques et des stages.

2. Le choix du modèle en soins infirmiers doit être obtenu par l'adhésion de la majorité des professeurs.

3. L'approfondissement du modèle choisi doit précéder la révision du programme d'études.

4. Les objectifs généraux du programme sont élaborés par l'ensemble des professeurs et à partir du cadre conceptuel en soins infirmiers.

5. Les objectifs spécifiques découlent des objectifs généraux et s'articulent ensemble pour respecter la progression dans l'apprentissage.

6. Le contenu et les méthodes pédagogiques sont choisis en regard de la philosophie de l'éducation et du cadre conceptuel en soins infirmiers.

Pour terminer, j'aimerais ajouter qu'il faut prendre le temps nécessaire pour franchir chacune de ces étapes. Il y a des éléments qui sont acquis au niveau des programmes et il faut les conserver tout en y apportant les changements essentiels découlant d'une nouvelle façon de voir la profession d'infirmière. L'évolution des soins infirmiers nous oblige à réviser la formation des futures infirmières et cette tâche est ardue et difficile à accomplir. C'est pourquoi j'admire le courage et les efforts

des professeurs de Techniques infirmières qui, même dans les endroits les plus reculés de la province, ont choisi de repenser leur programme en vue de l'amélioration de la qualité de leur enseignement.

BIBLIOGRAPHIE

Volumes et périodiques

Adam, Evelyn, Être infirmière, Montréal, HRW, 1979;
"Un modèle conceptuel? À quoi bon?", L'infirmière canadienne, vol. XVII, septembre 1975, p. 22-23.

Ainsworth, Mary, "Patterns of Attachment Behavior Shown by the Infant with Mother", Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development, janvier 1964, p. 51-58.

Allison, S.E., "A Framework for Nursing in a Nurse-Conducted Diabetic Management Clinic", Journal of Nursing Administration, mars 1972, p. 53-60.

Atkinson, J.W. and Feather, N.T., A Theory of Achievement Motivation, New York, John Wiley & Sons, 1966.

Auger, Jeanine Roose, Behavioral Systems and Nursing, Englewood Cliffs, New-Jersey, Prentice-Hall, 1976.

Backscheider, Joan, "Self-Care Requirements, Self-Care Capabilities and Nursing Systems in the Diabetic Nurse Management Clinic", American Journal of Public Health, vol. LVIV, 1974, p. 1138-1146;
"The Use of Self as Essence of Clinical Supervision in Ambulantory Patient Care", Nursing Clinics of North America, vol. VI, décembre 1971, p. 785-794.

Brower, H., Terri, Francis, Brydie, Jo, "Using the Adaptation Model in a Practioner Curriculum", Nursing Outlook, vol. XXIV, novembre 1976, p. 686-689.

Buckley, Walter, Ed., Modern Systems Research for the Behavioral Scientist, Chicago, Aldine Publications Co., 1968.

Chaska, Norma L., The Nursing Profession, New-York, McGraw-Hill Co., 1978.

Crews, J., "Nurse-Managed Cardiac Clinics", Cardiovascular Nursing. vol. VIII, 1971, p. 15-18.

Dickoff & James, "Beliefs and Values Bases for Curriculum Design", Nursing Research, vol. XIX, mai 1970, p. 425.

Dickoff, J., James, P., Weidenbach, E., "Theory in a Practice Discipline", Nursing Research, vol. XVII, septembre, octobre 1968, p. 419.

Feshbach, Sidney, "Agression" in Carmichael's Manual of Child Psychology, Paul Mussen Edition, New-York, John Wiley & Sons, 1970, 3e éd. vol. II.

Gewirtz, Jacob, Attachment and Dependency, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1972.

Gragg, Shirley, Scientific Principles in Nursing, Saint-Louis, Missouri, The C.V. Mosby Co., 1974.

Greenwood, Ernest, "The Practice of Science and the Science of Practice", in Bennis Benne & Chin, The Planning of Change, Toronto, HRW, 1961, p. 74.

Grubbs, Judy, "An Interpretation of the Johnson Behavioral Systems Model for Nursing Practice", 160-167, in Riehl, Joan P. and Roy, Callista Eds, Conceptual Models for Nursing Practice, New-York, Appleton-Century-Crofts, 1974.

Helson, Harry, Adaptation Level Theory, New-York, Harper and Row, 1964.

Henderson, Virginia, The Nature of Nursing, New-York, The MacMillan Co., 1966;
"The Nature of Nursing", American Journal of Nursing, vol. LXIV, août 1964, p. 62-68;
"Excellence in Nursing", American Journal of Nursing, vol. LXVIIII, septembre 1969, p. 2133-2137;
"Library Resources in Nursing. Their Development and Use", Part I. International Nursing Review, vol. XV, février 1968, p. 164-182;
Part II, International Nursing Review, vol. XV, mars 1968, p. 236-247.

Henderson, Virginia, Nite, Gladys, Principles and Practice of Nursing, 6th Edition, New-York, MacMillan & Co., 1978.

Johnson, Dorothy E., "The Behavioral Systems for Nursing", To be published in: Conceptual Models for Nursing Practice, Roy, Callista and Riehl, Joan P., 2e Edition;
"Development of Theory: A Requisite for Nursing as a Primary Health Profession", Nursing Research, vol. XXXIII, mai 1974, p. 372-377.

Johnson, Dorothy E., Riehl, Joan P. and Roy, Callista, Conceptual Models for Nursing Practice, New-York: Appleton-Century-Crofts, 1974, Part III, Chap. VI, p. 160-197.

Kagan, Jerome, "Acquisition and Significance of Sex Typing and Sex Role Identify", Review of Child Development Research, vol. I, New-York, Hoffman and Hoffman, Russell Sage Foundation, 1964.

Laros, Jaydine, "Deriving Outcome Criteria from a Conceptual Model", Nursing Outlook, vol. XXV, mai 1977, p. 333-336.

Martin, Claire, Riopelle, Lise, "A-t-on formé un apprenti-médecin ou une infirmière autonome?", L'infirmière canadienne, vol. XXI, février 1979, p. 17-19.

McCain, R.F., "Nursing by Assessment, not Intuition", American Journal of Nursing, vol. LXV, avril 1965, p. 82-84.

McKay, Rose, "Theories, Models and Systems in Nursing", Nursing Research, vol. XVIII, mai 1969, p. 394.

McPhetridge, L.M., "Nursing History: One means to Personalize Care", American Journal of Nursing, vol. LXVIII, janvier 1968, p. 68-75.

Nursing Development Conference Group, Concept Formalization in Nursing: Process and Product, Boston, Mass., Little, Brown & Co., 1973.

Orem, Dorothea E., and Parker, Kitty S. (Ed.), Nursing Content in Pre-service Nursing Curriculum, Washington, D.C., Catholic University of America, 1964.

Orem, Dorothea E., "Levels of Nursing Education and Practice", Alumnal Magazine, Baltimore, vol. LXVIII, mars 1969, p. 2-6;
Nursing: Concepts and Practice, New-York, McGraw-Hill, 1971.

Piemme, J. and Trainor, M., "A First-year Nursing Course in a Baccalaureate Program", Nursing Outlook, vol. XXV, mars 1977, p. 184-187.

Poletti, Rosette, Les soins infirmiers: Théories et concepts, coll. L'infirmière d'aujourd'hui, Paris, Le Centurion, 1978.

Reidy, Mary, "The Use and Abuse of a Curriculum Model: An Evaluation Study of one C.E.G.E.P.'s Nursing Programme in Québec", Nursing Papers, vol. VII, janvier 1975, p. 4-14.

Riehl, Joan, P. and Roy, Callista, Conceptual Models for Nursing Practice, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall Inc., 1976.

Roy, Callista, "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing", Nursing Outlook, vol. XVIII, mars 1970, p. 42-47;
"Adaptation: A Basis for Nursing Practice", Nursing Outlook, vol. XIX, avril 1971, p. 254-257.

Roy, Callista, Introduction to Nursing: An Adaptation Model, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall Inc., 1976;
"Adaptation: Implications for Curriculum Change", Nursing Outlook, vol. XXI, mars 1973, p. 163-168;
"Comment", Nursing Outlook, vol. XXIV, novembre 1976, p. 690-691.

Smith, S.M., "A Clinical Nursing Tool", American Journal of Nursing, vol. LXVIII, novembre 1968, p. 2384-2388.

Wagner, Patricia, "Testing the Adaptation Model in Practice", Nursing Outlook, vol. XXIV, novembre 1976, p. 662-685.

Walike, Barbara, Jordan, H.A., and Stellar, E., "Studies of Eating Behavior", Nursing Research, vol. XVIII, mars-avril 1969, p. 108-113.

L'UTILISATION DU CADRE CONCEPTUEL DE DOROTHEA OREM AU COLLÈGE DE TROIS-RIVIÈRES

Louise Grondin, professeur de soins infirmiers, Collège de Trois-Rivières; chargé de cours, Université du Québec à Trois-Rivières.

Je viens partager avec vous ce que nous, professeurs du Collège de Trois-Rivières, avons vécu depuis la passation du cours traditionnel d'infirmières dans les hôpitaux, au programme d'enseignement instauré dans les cegeps en relation avec l'adoption d'un cadre conceptuel en soins infirmiers.

L'orientation de cette conférence n'est pas centrée sur l'utilisation du cadre conceptuel de Dorothea Orem à notre collège comme le titre l'indique, mais plutôt sur la démarche suivie par notre département pour l'adoption d'un cadre conceptuel à l'intérieur du programme et ce, depuis l'ouverture soit en septembre 1968.

Il m'apparaît que nous n'en sommes qu'au tout début de l'utilisation du cadre conceptuel comme tel, c'est-à-dire que la partie théorique est enseignée et que les instruments de collecte de données et de plan de soins découlent du modèle conceptuel. Bien sûr, beaucoup de chemins ont été parcourus avec des routes plus ou moins sinueuses et des détours fréquents. Mais nous ne l'avons pas encore exploité à fond et il reste encore des autoroutes à péage et des ponts à franchir. Il s'agit d'un long voyage qui doit se faire lentement et graduellement, si nous voulons arriver sain et sauf à destination.

Comme professionnelle en soins infirmiers, nous avons un service unique à offrir à la société. Etant enseignantes, nous devons rendre clair et précis ce service. Pour ce faire, nous devons favoriser le développement autonome de notre profession et, par le fait même, former des professionnelles en ce sens.

Je crois que les soins infirmiers ont passé l'étape du statu quo

et qu'ils sont en plein essor. Je me sens très à l'aise en affirmant cela, car les thèmes de ce colloque: "ressourcement et envol" nous font réaliser qu'il faut constamment faire un retour aux sources avant de nous envoler, si nous voulons atteindre une qualité d'enseignement et une qualité de soins supérieures.

Notre présence à ce colloque en si grand nombre est certainement significative et je nous dis "BRAVO". Nous ferons ce ressourcement ensemble et, par la suite, nous nous envolerons vers la même destination. Alors pas de "statu quo" ni "de stagnation" mais "de l'action et du dynamisme".

Ce court exposé est divisé en cinq (5) volets. Il est basé sur les étapes que préconise Evelyn Adam pour l'adoption d'un cadre conceptuel dans son volume *Être infirmière* publié en 1979.

Cet auteur suggère que pour un changement durable, il faut procéder lentement et graduellement, et que le temps requis pour chaque étape peut varier de quelques semaines à quelques années. Ce qui implique un cheminement continu et progressif.

Voici les cinq (5) étapes qui expliquent le cheminement suivi par notre collège:

1. la sensibilisation au changement;

2. le choix du cadre conceptuel;

3. l'étude de ce cadre;

4. l'implantation du modèle;

5. la stabilisation.

Étape de sensibilisation.

Cette première étape se situe dans le temps, entre 1968 et 1974. Il serait téméraire et peu réaliste de parler de cadre conceptuel en soins infirmiers dès les débuts. Nous n'en n'étions d'ailleurs qu'au balbutiement au Québec, en ce temps là. Chacun se rappelle ou a entendu parler de la rapidité à laquelle s'est opéré "LE GRAND DÉMÉNAGEMENT" dont parle Cécile Lambert dans son document sur "L'historique du programme des Techniques infirmières (1962-1978)".

Plusieurs infirmières des écoles traditionnelles sont tout simplement parachutées dans le nouveau système d'enseignement avec, comme bagage, leur expérience personnelle. Leurs priorités sont centrées sur le contenu du programme et sur les heures de cours à donner qui, pour quelques-unes, dépassent les quatre-vingt-dix heures et ce, avec un minimum de temps pour la préparation et peu de volumes mis à leur disposition. De plus, il y a les laboratoires-collège qui, faute de locaux, se déroulent dans les bureaux des professeurs; sans oublier les trois jours de stages par semaine. Où peut-on trouver le temps de se parler, d'échanger sur la pédagogie? Où peut-on trouver le temps de faire autre chose que: de la théorie, des laboratoires; de la théorie, des laboratoires?

Le modèle conceptuel véhiculé à ce moment par les professeurs est le même que celui des écoles d'infirmières du temps. C'est le modèle médical et l'on peut dire: "pathologiquement vôtre".

Dans le cadre de l'histoire de la profession de l'infirmière, Virginia Henderson est enseignée au cours 101 avec ses quatorze besoins fondamentaux, mais sans plus.

Le concept de planification des soins en est à son début et est interprété de différentes façons. On a l'impression à ce moment que le plan de soins est une affaire de colonnes.

Évidemment, les professeurs étaient conscients du manque d'éléments. L'étudiante avait des problèmes dans sa planification et les professeurs en avaient dans leurs explications et dans leurs corrections. Il était difficile d'en arriver à une entente à ce sujet et chacun y allait de son cru.

En 1970, dès l'ouverture du baccalauréat en soins infirmiers donné à l'U.Q.T.R., plusieurs professeurs s'inscrivent en vue de l'obtention du baccalauréat. Il y a en plus les journées d'étude organisées par l'A.I.P.Q. (L'O.I.I.Q.) aujourd'hui sur divers sujets et l'on se sensibilise tranquillement, à l'importance d'un modèle conceptuel par l'étude de différents auteurs.

Les années passent et les professeurs s'intègrent au milieu collégial. L'adaptation du "grand déménagement" du début devient plus facile.

D'autres priorités se font sentir. Les mots *planification des soins - démarche en soins infirmiers - modèle conceptuel* sont de plus en plus à la mode, sont véhiculés de plusieurs façons et prennent différentes significations pour les infirmières aussi bien praticiennes qu'enseignantes.

Tous ces concepts ne sont pas sans soulever des polémiques de toutes sortes parce qu'ils remettent en question notre enseignement et l'avenir de notre profession.

Il s'ensuit de la tension, de l'insécurité, de l'insatisfaction; c'est une période de remise en question. Le besoin de changement se fait drôlement sentir. Cela ne peut continuer ainsi. Mais par où commencer? La nécessité du changement est si évidente et si forte que la résistance est à peine perceptible. Les gens sont prêts à changer, à agir, car c'est un état très inconfortable. Nous avons le crâne bourré de grands concepts, mais comment les rassembler pour en arriver à un tout, à une base solide sur quoi fonder notre enseignement? Quel modèle choisir s'il faut en choisir un?

Choix du cadre conceptuel .

Selon Evelyn Adam, le choix d'un schème de référence est une décision très importante à prendre et il existe plusieurs façons de faire ce choix.

Un petit groupe peut le faire où tous peuvent participer à la sélection d'un modèle conceptuel. On peut élaborer son propre modèle ou bien adopter un modèle connu.

Pourquoi avons-nous choisi le cadre conceptuel de Dorothea Orem plutôt que celui de Virginia Henderson par exemple? Ce choix s'est-il fait par besoin, par obligation, par un concours de circonstances ou, tout simplement, n'y a-t-il pas eu de choix à faire?

Les professeurs sont sensibilisés à l'importance d'un cadre de référence et en désirent un. Mais la question est: Comment y arriver?

En 1973 et à notre demande, une personne ressource vient nous parler du modèle de Dorothea Orem. La partie théorique seule est discutée. L'année suivante, quelques professeurs du collège se penchent sur la conception des soins infirmiers de différents auteurs: Levine - Wiedenbach - Henderson - Orem. Lors d'une journée d'étude, un document nous est présenté pour discussion en équipe. Presque toute la journée est consacrée à Dorothea Orem et à ses principaux concepts de: *self care - self care universel - self care en cas de déviation de la santé - méthodes et systèmes d'assistance, etc.* Nous avons de la documentation française faite par des gens de chez nous.

C'est à partir de ce moment, je crois, que notre choix s'est fait définitivement. Était-ce par besoin ou les circonstances ont-elles tout simplement influencé ce choix? Nous constatons qu'à partir de cet instant, Orem devient la préférée, sans plus. Tous les professeurs ont participé à ce choix d'une façon ou d'une autre et ceci est de très bon

augure, car la participation est, à ce que l'on dit, un critère de durabilité. Longue vie à Dorothea Orem!

L'étude du cadre conceptuel.

L'étude comme telle débute dans les années 1975. En effet, dès le début de l'année et à l'intérieur d'un cours à l'U.Q.T.R. sur les modèles conceptuels, quatre ou cinq professeurs, pour satisfaire aux exigences du cours, font un travail sur la théorie de Dorothea Orem. Ce document plus exhaustif que celui du début est distribué à tous pour étude et consultation.

A l'automne de la même année, dans le cadre de deux journées éducatives de l'O.I.I.Q. données à Matane sur la démarche en soins infirmiers et le plan de soins, les modèles de Virginia Henderson et de Dorothea Orem sont au programme. Sept professeurs s'y inscrivent. Nous en revenons avec des connaissances nouvelles et avec une documentation plus précise. Mais il y a une difficulté très importante du côté de l'application. Le plan de soins selon Orem est plus ou moins compris et on en arrive à la conclusion suivante: trop long à faire - non pratique - non applicable. Que faire face à cette difficulté? Influencées peu de temps après, par un centre hospitalier de la métropole qui fait ses plans de soins selon Marlene Mayers, infirmière de Los Angeles, nous décidons de nous documenter et de suivre leur exemple.

Suite à cette décision à la fin de la session d'hiver 1976, nous consacrons deux jours à l'étude de cette nouveauté et à son application à l'intérieur du modèle d'Orem. Conclusion: nous ferons notre collecte de données en nous basant sur les six éléments du focus infirmier préconisés par Orem et pour le plan de soins, nous prendrons les problèmes de Mayers. Quelle tâche! Nous voilà avec un modèle à deux têtes. Rien n'est impossible et tout sourit aux audacieux dit-on. Chez nous, les défis ne manquent pas: un cadre conceptuel "Orémien" et un plan de soins à la "Marlene Mayers".

1976-1977 période d'adaptation à cette réalité, soit un modèle bicéphale. Il se produit quelques incidents de parcours: différentes interprétations - différentes applications et tout ce qui s'en suit. Ca ne va pas si bien, mais somme toute, ça ne va pas si mal.

La même année, l'O.I.I.Q. donne des sessions d'étude sur: "l'élaboration d'un "curriculum" en Techniques infirmières". On y parle de composantes d'un programme d'étude, de conception de l'homme, de l'éducation, des soins infirmiers, de méthodes d'enseignement, etc. Cinq à six professeurs assistent à ces sessions d'étude. Nous étions une centaine de participants et près de vingt-neuf collèges étaient représentés.

Inutile de dire qu'après ces journées, il y eut des remises en question et des périodes de réflexion. Où est notre conception de l'homme, de l'éducation, des soins infirmiers? Que faire? Comment le faire? Quel dilemme! Quand faire tous ces changements qui s'imposent? Pourquoi les faire? Par où commencer? Que de questions sans réponses!

A l'automne 1978 et à l'hiver 1979, toujours par l'entremise de l'O.I.I.Q., nous avions deux sessions de quatre jours chacune sur les différents modèles conceptuels en soins infirmiers, avec toute une pléiade de personnes ressources .

Tous les collèges pouvaient y participer. Nous n'y manquèrent pas et cinq professeurs s'inscrivirent à ces journées. Ce furent deux sessions extraordinaires, riches de connaissances et formidables à tous points. J'aimerais faire un court rappel de l'expérience vécue à ce moment, dans le but de vous faire voir ce qui nous a permis d'évoluer enfin dans notre conception de soins infirmiers. Ce fut réellement un événement décisif.

Lors de ces deux sessions, quatre cadres conceptuels furent étudiés. Pour débuter on nous présenta le modèle de Virginia Henderson, modèle supposé être le plus connu et surtout le plus simple. A la suite de ces deux jours nous étions enchantées et les commentaires allaient bon train: c'est un modèle facile, simple, on le comprend, il s'applique aisément,

on devrait le prendre. Éclats de rire général. Ayant comme modèle Orem, nous réalisions l'impact de ce changement, ainsi que les pleurs et les grincements de dents qui ne manqueraient pas d'accompagner le tout.

Puis le modèle de Callista Roy fut présenté. Ce modèle ne souleva aucune discussion. Bon point pour Virginia Henderson, mais point d'interrogation. Que diraient nos collègues si, à notre retour nous décidions de l'adopter? Après cette première session, un compte rendu fut donné sur les deux modèles étudiés, mais sans plus.

Avril s'amène avec les deux "DOROTHEA" présentées l'une après l'autre. Dorothea Orem est la première au programme. Enfin la voilà la Dorothea tant attendue. Nous étions tout ouie, tout oreille. Il ne fallait rien manquer, vous pensez bien notre Dorothea tant aimée! Si vous vous souvenez, nous avions un cadre conceptuel assez rare: une collecte de données basées sur les six éléments du focus infirmier de cet auteur et un plan de soins à la Marlene Mayers. Mariage qui durait depuis près de trois ans et qui boitait de plus en plus. Nous avions de la difficulté à nous entendre sur la formulation et nous étions tout près de la séparation, voire même du divorce.

Après les deux journées d'étude de ce modèle, nous nous sommes dit: "Orem doit être appliquée jusqu'au bout maintenant, plus de doute et Mayers doit disparaître. Comment avons-nous pu fonctionner avec ce corps à deux têtes?" Il n'y avait pas d'erreurs, Mayers était à l'agonie. Mais la même question sur toutes les lèvres: Comment réagira la maison mère? Car nous étions à la fin de la session et le moment était plus ou moins bien choisi pour tout chambarder.

La présentation du modèle conceptuel d'Orem nous enchanta. Les nouvelles données descendaient en nous comme les lumières du Saint-Esprit; nous n'avions qu'à ajouter des connaissances. Le plan de soins qui était la bête noire, se précisa et avec le processus d'analyse et la pratique avec une situation fictive, les problèmes s'envolèrent. Nous devions

être en état de "*readiness*". Étant inconfortables avec ce que nous avions, il fallait qu'un changement se produise et nous ne pouvions hésiter à le faire. Un choix s'imposait, la vie avec deux amants était devenue impossible.

Ces journées sur les modèles nous donnèrent définitivement la clé de l'énigme et les moyens pour avancer avec notre conception des soins infirmiers. Mais il y avait un "mais". Comment allions-nous présenter cela à nos collègues?

Dorothy Johnson fut présentée et comme pour Callista Roy, il n'y eut aucune discussion. La dernière journée, beaucoup de questions surgirent dans l'assistance à savoir: Quel modèle prendre? Comment faire accepter tel modèle par nos collègues? Comment les motiver à l'étude d'un ou de plusieurs modèles afin de faire un choix? Que ferons-nous de retour dans nos milieux?

En réponse à ces multiples points d'interrogation une des personnes ressources nous parla des principes à la base d'une prise de décision en groupe et ceci en éclaira plusieurs d'entre nous. L'important disait-elle, c'est que toutes les informations doivent être véhiculées de façon à ce qu'un choix soit fait et que ce choix, pour être satisfaisant, réponde aux besoins et aux facteurs de la réalité.

Le lendemain, nous retournons dans notre patelin. D'un commun accord nous nous réunissons et décidons de la façon de présenter le tout. La documentation de Virginia Henderson et de Dorothea Orem est alors polycopiée et remise à chaque professeur de façon à leur laisser le choix, si choix il y a. Bien sûr ce dernier étant fait, nous en sommes à l'étude du modèle, mais il y a très souvent chevauchement comme vous pouvez le constater. Mais avec ces nouvelles données, nous nous devions de laisser les professeurs libres et de ne pas leur imposer notre modèle. Beaucoup avaient lu le livre d'Evelyn Adam: *Être infirmière*, livre extraordinaire et qui rend bien le modèle conceptuel de Virginia Henderson.

De plus, il y a beaucoup de littérature française sur cet auteur.

Après avoir donné à tous le temps d'examiner la documentation et de se faire une idée, nous nous sommes réunis et chacun a exprimé et expliqué son choix. Orem en ressortit victorieuse et beaucoup plus forte.

Le travail n'était pas terminé pour autant; il nous fallait l'étudier plus à fond ensemble. Il fut suggéré qu'à la fin de mai deux jours seraient consacrés à cet effet et l'on me demanda de les animer.

Lors de cette rencontre, la théorie fut révisée; nous nous sommes entendus sur les principaux concepts et, à l'aide d'une situation fictive, tous travaillèrent sur le plan de soins. Ce fut très enrichissant et enfin nous étions tous sur la même longueur d'onde. Mayers venait, par le fait même, de nous quitter et l'avenir appartenait à "Orem". Nous étions prêts maintenant à l'appliquer dans sa planification dès la session suivante et l'on suggéra pour ce faire, que la même personne donne la théorie à tous les étudiants. Vous vous imaginez sûrement qui fut l'heureuse élue! J'acceptai sans hésitation car nous venions de franchir un pas de géant.

En avons-nous mis du temps et de l'énergie pour parfaire cette troisième étape de l'étude du cadre conceptuel! Evelyn Adam était très réaliste en disant que le temps requis à chaque étape pouvait varier de quelques semaines à quelques années.

L'implantation.

Nous voilà à l'avant-dernière étape qui est l'instauration du cadre conceptuel. Dès le début de la session d'automne 1979 et selon l'entente de mai dernier, il y a rencontre avec tous les étudiants de deuxième et de troisième année. Un document servant de base pour compléter l'étude du modèle, est remis à tous. Ce qui est réellement une nouveauté est, en fait, le plan de soins.

Il faut se rappeler que depuis les années 1975-1976, la théorie sur le modèle d'Orem était enseignée dès la première année, à savoir ses principaux concepts et sa démarche de soins infirmiers. Nous avions brûlé des étapes il n'y a pas de doute, mais l'erreur est humaine!

Après un court rappel théorique à l'aide d'un test et d'un exposé, il y a travail en atelier par petits groupes avec une situation fictive différente selon les options. La plus grande difficulté rencontrée dans le plan de soins est la façon de formuler la D.S.C.T., façon entièrement nouvelle. Avec l'aide de quelques professeurs présents on en arrive à une entente et l'ensemble est très dynamique. C'est un début d'année qui part d'un bon pied.

Tout au long de la session quelques petits problèmes surgissent tant de la part des professeurs que de celle des étudiants. Tous se trouvaient un peu dans le même bateau. Lorsqu'il faut changer sa façon de penser, il faut des réajustements fréquents en cours de route. Il y eut beaucoup de consultations informelles chaque semaine, surtout au retour des stages. Ces échanges permirent aux professeurs de chaque équipe d'interpréter la planification des soins à peu près de la même façon.

A la deuxième session, ce fut le tour des étudiants de première année. Je les rencontrai avant qu'ils ne débutent leurs stages et la même procédure fut employée test, exposé, pratique.

L'implantation avec des bases théoriques solides est très jeune; elle vient de faire ses premiers pas. Après un an on ne peut en demander davantage. Le pronostic est très bon pour l'avenir.

Comme l'étude du cadre comme tel est à peine terminée, nous n'avons pas encore adapté ni nos stages ni nos cours théoriques selon notre schème de référence, sauf pour la première année qui, depuis plus de deux ans, le fait au niveau théorique; ce qui signifie que nous n'en sommes

qu'au début de cette phase d'implantation. La suite est facile à conclure. Nous en sommes logiquement au "curriculum" afin de terminer cette étape. Maintenant que tout ce chemin est fait nous ne pouvons pas reculer et il nous reste encore du travail pour atteindre notre but, mais nous sommes encouragées et stimulées par cette année qui fut somme toute, malgré la grève en début de session, très positive concernant notre cadre conceptuel.

La stabilisation

L'implantation n'étant pas terminée, nous ne pouvons pas parler de stabilisation. Lors de cette période, une surveillance régulière est nécessaire pour s'assurer que le modèle soit bien appliqué. De plus, il est important d'informer les autres professeurs de la santé de cette nouvelle façon de concevoir les soins infirmiers.

Voilà ce qu'a été notre cheminement au Collège de Trois-Rivières pour en arriver à l'adoption d'un cadre conceptuel. C'est un processus lent, continu et à longue échéance.

Si nous voulons avoir un rôle bien défini au sein de l'équipe multidisciplinaire, il faut que ce rôle soit clair pour tous. Pour ce faire il nous faut des bases solides. Je suis assurée qu'un cadre conceptuel en soins infirmiers que ce soit en recherche, en administration, en éducation ou en pratique, est la clé de l'énigme.

PRÉSENTATION DU CADRE CONCEPTUEL ÉLABORÉ PAR LES PROFESSEURS DU COLLÈGE DAWSON ET DE SON APPLICATION POUR LA RÉVISION DU "CURRICULUM"

Christiane Lohnes, professeur de soins infirmiers, Collège Dawson.

Aujourd'hui, j'aimerais vous parler de notre expérience à Dawson. L'expérience à laquelle je me réfère est celle de bâtir un "curriculum". Créer un "curriculum" demande beaucoup de participation de la part des gens. A Dawson, on a dû se soumettre à des conditions qui, parfois, nous apparaissaient injustifiables. Plusieurs longues heures ont été nécessaires pour découvrir ce que nous recherchions vraiment en tant que groupe de professeurs en soins infirmiers.

Maintenant que le concept est développé et mis en pratique, nous sommes fiers d'avoir, non seulement un outil de travail qui fonctionne, mais nous croyons avoir un "curriculum" qui a sa raison d'être. Le cadre conceptuel qu'il nous a fallu travailler longuement avant de bâtir le "curriculum" nous donne cette raison d'être.

A Dawson comme partout ailleurs en Amérique du Nord, les infirmières prennent de plus en plus conscience des possibilités que les soins infirmiers offrent.

L'infirmière d'aujourd'hui ne se contente plus de répondre aux prescriptions faites par d'autres disciplines. Il est vrai que nous devons travailler avec les autres services traitants, mais en tant que collègues et non au service de ceux-ci. L'infirmière moderne demande de plus en plus d'être responsable de ses actions.

A Dawson, nous nous sommes posés plusieurs questions au cours des dix dernières années. Nous nous sommes souvent demandés ce que devenait l'infirmière moderne et quel était notre rôle en tant qu'éducateurs auprès de la formation de nos élèves.

Il y a environ sept ans, nous commencions à être insatisfaits de l'ancienne présentation des cours de soins infirmiers. Nous nous servions alors du modèle médical et, en ajoutant quelques exemples d'approches en soins infirmiers, nous justifiions la validité du cours lorsque la philosophie holistique s'est fait sentir chez nous, nous avons tenté d'intégrer nos cours de médecine, de chirurgie, et de psychiatrie, ayant pour but de soigner notre client individuellement et non seulement de soigner une maladie. Cette intégration fut difficile car nous tentions d'implanter une nouvelle idée dans un ancien système.

Ayant tenté l'intégration des trois cours mentionnés plus haut, nous avons découvert que nous n'étions pas allés assez loin dans nos changements. Nous avons découvert que nous n'étions pas vraiment intégrés. Pour pouvoir changer nos idées, il fallait bâtir un nouveau "curriculum". Alors nous nous sommes posés la question, "Pourquoi changer?". Nous avions un système qui fonctionnait assez bien, si on en juge les résultats des examens de l'Association d'infirmières Canadienne. Comme professeurs, nous étions à l'aise avec le contenu des cours. Nous connaissions notre travail.

Le fait de changer signifiait un risque et une remise en question. De l'autre côté, nous sentions que l'infirmière de l'avenir aurait à se définir auprès des autres disciplines. Cette infirmière aurait besoin de sentir qu'elle a une fonction bien à elle, comme membre de l'équipe "soignante". Souvent, nous entendions du personnel des hôpitaux, des répliques telles que "L'infirmière du cegep a des lacunes importantes à comparer avec l'ancienne infirmière". On se demandait quelles étaient ces lacunes et comment y remédier.

Nous croyons qu'il est important que la nouvelle infirmière réponde aux besoins de la communauté sans nécessairement penser et agir comme le personnel déjà existant. Je m'explique: les soins infirmiers étant en état de changement continu, la nouvelle infirmière doit faire face aux exigences de l'avenir, si elle est appelée à survivre. Nous avons l'obligation, en tant que professeurs, de préparer nos élèves à

faire face à ces changements.

Alors, en septembre 1976, les professeurs du cegep Dawson se sont sérieusement donné le mandat de définir ce qu'ils concevaient comme fonctions de l'infirmière et ils se sont penchés sur la façon dont ils allaient atteindre leur objectif. Cet objectif était d'établir un "curriculum" qui formerait une infirmière capable de répondre aux exigences du milieu où elle serait appelée à travailler.

Un travail de recherche fut entrepris et madame Faye Bower fut engagée comme consultante pour nous aider à faire ce cheminement. Au début, nous n'étions pas conscients des efforts qu'un tel travail nous demanderait. Nous avons dû nous remettre en question individuellement, en tant que professeurs et en tant qu'infirmières. Le groupe de professeurs a dû apprendre à échanger des opinions diverses et parfois difficiles à accepter. Plusieurs problèmes ont surgi au long du cheminement, comme la peur de s'aventurer vers l'inconnu en laissant derrière nous un système qui fonctionnait. Le terme "soins infirmiers" nous apparaissait très indéfini.

L'aventure vers l'inconnu a provoqué chez nous beaucoup d'anxiété. Faye Bower a su nous faire comprendre ce que nous vivions. Elle nous a référé à un livre d'une collègue. Ce livre d'Olivia Bevis, "*Curriculum Building - A Process*", nous a été très utile. Il offre une théorie sur le processus de bâtir un "curriculum", en expliquant les différentes étapes qu'il nous faut parcourir pour atteindre notre but. Dans son livre, Olivia Bevis nous propose des exercices qu'on peut faire pour faciliter des discussions pénibles. Ces exercices ont été profitables, car nous avons atteint notre but.

J'aimerais maintenant vous décrire notre cadre conceptuel et, par la suite, partager avec vous ce que nous avons conçu comme "curriculum" à partir de ce cadre conceptuel.

Au début, nous n'étions pas conscients de l'importance que le cadre conceptuel aurait pour nous. Mais, avec un regard à l'arrière, nous pouvons voir que ce cadre conceptuel nous permet de relier les cours de première, de deuxième et de troisième années. L'étudiante débute vraiment un apprentissage, en première année, qui est la base de deux autres années. Les cours ne deviennent plus une série de spécialités différentes, mais plutôt le développement d'une façon de penser. L'élève apprend à s'adapter et à adapter ses connaissances et ses techniques dès le premier jour.

Notre cadre conceptuel est bâti sur le modèle de "Chater", qui décrit les interactions et les relations entre trois facteurs. Ces facteurs sont:

1. le client et l'élève;

2. le milieu;

3. les connaissances.

Chater décrit l'importance de l'influence que les trois facteurs ont sur le contenu d'un "curriculum". Si un de ces facteurs change, les autres seront affectés. Alors, pour développer notre cadre conceptuel, il nous a fallu définir la signification des facteurs mentionnés plus haut, tels qu'ils s'appliquent à Dawson.

Nous avons aussi inclu dans notre cadre conceptuel, notre philosophie des soins infirmiers. Nous avons dû expliquer les termes que nous employons dans nos définitions pour que chacun puisse lire ce texte et en tirer la même idée que nous. Et, finalement, nous avons inclu dans notre philosophie que l'homme a des besoins très spécifiques qui doivent être satisfaits pour qu'il puisse être en santé.

Nous avons identifié sept besoins de l'homme qui servent de base à notre "curriculum". Ces besoins sont:

1. le confort;

2. le repos et l'activité;

3. la sécurité;

4. la nutrition;

5. le besoin d'interaction interpersonnel;

6. l'oxygène;

7. l'estime de soi.

En élaborant le "curriculum", il nous a fallu détailler les objectifs que nous espérions atteindre au premier, au deuxième et au troisième niveau. Il était important d'être consistant pour que l'élève puisse bâtir sur des objectifs déjà atteints au niveau inférieur.

Nous nous sommes servis de fils (threads) comme la communication, le plan de soins et les techniques, pour maintenir cette consistance.

Le "curriculum" inclut, pour chaque concept enseigné, les facteurs suivants:

1. objectif de l'unité;

2. activité d'apprentissage;

3. objectifs de comportement (peut servir d'évaluation);

4. concept de soins infirmiers;

5. techniques à apprendre;

6. théories préalables;

7. théories de soins infirmiers;

8 lectures préalables;

9. bibliographie.

L'élève en se servant des facteurs détaillés, peut connaître nos attentes face à elle et se tenir à jour.

Les concepts présentés au premier semestre détaillent ce que nous concevons comme des idées fondamentales au développement d'une infirmière. L'élève doit comprendre ce qu'est...

1. un besoin;

2. la profession de soins infirmiers;

3. la pharmacologie;

4. le processus de soins infirmiers;

5. le continuum santé - maladie;

6. l'évaluation.

Le deuxième semestre consiste en une élaboration de deux besoins: le confort et le repos et l'activité. Les besoins de sécurité, de nutrition, et d'interaction interpersonnelle sont enseignés en deuxième année et finalement en troisième année, l'élève apprend à répondre aux besoins d'estime de soi et d'oxygène.

La théorie médicale est présentée à titre d'exemple et non comme base du contenu des cours.

Nos élèves sont placés dans des milieux divers, tels que pédiatrie, médecine, chirurgie, obstétrie et psychiatrie, dès la première année. Chaque semaine, ils se réunissent au cegep pour discuter des similitudes et des différences qu'ils vivent en essayant de répondre aux besoins de chacun des clients dans ces milieux variés. En troisième année, nos élèves vont faire un internat de trois mois où ils seront appelés à prendre de plus amples responsabilités pour faciliter la transition entre le rôle d'étudiante et celui d'infirmière graduée.

En septembre 1980, nous allons débuter notre troisième année. Nous sommes satisfaits de notre travail jusqu'ici et nous sommes confiants d'obtenir des résultats réconfortants.

Le succès de nos élèves sera la preuve que nos efforts auront été valables. Nous avons aimé notre expérience et nous avons beaucoup appris. Je vous lance maintenant ce défi.

BIBLIOGRAPHIE

Généralités

Chin, Robert, "The Utility of System Models and Developmental Models for Practitioners", The Planning of Change, Edited by Warren G. Bennis, Kenneth D. Benne, and Robert Chin, New York, Holt Rinehart and Winston Inc., 1961.

Inkeles, Alex, What is Sociology? An Introduction to the Discipline and Profession, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall Inc., 1964, p. 28-61.

Marx, Melvin, ed., Theories in Contemporary Psychology, New York, The MacMillan Company, 1963, p. 78-129.

Théories

Baldwin, Alfred, Theories of Child Development, New York, John Wiley and Sons Inc., 1968.

Bennis, Warren, ed., Interpersonal Dynamics: Essays and Readings on Human Interaction, Homewood, Illinois, Dorsey Press, 1968.

Bergerson, Betty S., "Adaptation as a Unifying Theory", Theoretical Issues in Professional Nursing, Edited by Juanita F. Murphy, New York, Heridith Corporation, 1971.

Buckley, Walter, ed., Modern Systems Research for the Behavioral Scientist, Chicago, Aldine Publishing Company, 1968.

Helson, Harry, Adaptation Level Theory, New York, Harper and Row, 1964.

McKay, Rose, "Theories, Models and Systems for Nursing", Nursing Research, vol. XVIII, septembre, octobre, 1969, p. 393-399.

Miller, James G., "Living Systems: Basic Concepts", Behavioral Science, vol. X, juillet 1965, p. 193-237.

Von Bertalanffy, Ludwig, General System Theory, New York, George Braziller Inc., 1968.

Modèles de soins infirmiers

Harms, Mary T., and McDonald, Frederick J., "A New Curriculum Design", Nursing Outlook, vol. XIV, septembre 1966, p. 50-53.

Johnson, Dorothy E., "Theory in Nursing: Borrowed and Unique", Nursing Research, vol. XVIII, mai, juin, 1968, p. 206-209.

McDonald, Frederick J., and Harms, Mary T., "A Theoretical Model for an Experimental Curriculum", Nursing Outlook, vol. XIV, août 1966, p. 48-51.

Orlando, Ida, The Dynamic Nurse-Patient Relationship, New York, G.P. Putnam's Sons, 1961.

Peplau, Hildegard, Interpersonal Relations in Nursing, New York, G.P. Putnam's Sons, 1952.

Riehl, J., Roy, C., Conceptual Models for Nursing Practice, Appleton-Century-Crofts, 1971.

Roy, Sister Callista, "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing", Nursing Outlook, vol. XVIII, mars 1970, p. 42-45;
"Adaptation: A Basis for Nursing Practice, Nursing Outlook, vol. XIX, avril 1971, p. 254-257.
"Adaptation: Implications for Curriculum Change", Nursing Outlook, vol. XXI, nº 3, mars 1973, p. 163-168.

CADRE CONCEPTUEL

"DES COURS SUR LA SANTÉ: CA DONNE QUOI?"

Isabelle Delisle, professeur à l'éducation permanente, Collège de Sherbrooke; auteur de À l'écoute de sa vie - concept santé.

Le professeur Maurice Delort, de l'académie de Bourges faisait l'énoncé suivant: "La médecine d'aujourd'hui est au bout de son chemin. Elle ne peut être transformée, modifiée, réajustée. On ne l'a que trop tenté! Elle doit mourir puis renaître. Personne n'a le courage d'aller jusqu'aux idées claires. Voilà pourquoi la médecine du passé est au bout de sa route et pourquoi il nous faut préparer sa complète rénovation".

A la fin du siècle dernier, la médecine s'est engagée en Occident, dans l'aventure scientifique. Les chercheurs ont tellement été éblouis par leurs découvertes qu'ils ont cru pouvoir guérir toutes les maladies. Il s'ensuivit à travers les progrès de la science, diverses conceptions dans l'art de guérir; celle que nous connaissons aujourd'hui est cette conception mécaniciste qui considère l'homme comme une machine que l'on peut manipuler par des médicaments ou des slogans. On a cru, avec les progrès de la science, qu'on allait comprendre tous les mécanismes de l'organisme et traiter tous les troubles de l'être humain. Mais il a fallu déchanter, car les médicaments obtenus par une synthèse artificielle comme les tranquillisants et les antibiotiques, présentent de multiples et dangereux effets secondaires. Une étude récente indique que 35% des malades hospitalisés dans différents pays le sont, dû aux médicaments.

En Amérique du Nord, on consacre beaucoup d'énergie à la formation de spécialistes dits "de la santé", mais la médecine se voue à l'étude toujours plus compartimentée des maladies et on se préoccupe encore très peu de tous les aspects qui concernent la médecine préventive et l'éducation de santé. On oublie trop souvent la vision globale de la personne pour se perdre dans les subtilités des techniques scientifiques de diagnostic.

L'avenir n'est donc pas dans la technologie médicale mais bien dans l'éducation et la prise de conscience qui remettront en valeur tous les principes simples qui sont indispensables à la santé comme, par exemple, avoir une alimentation saine, suffisamment d'exercices physiques, une bonne hygiène mentale, par des loisirs qui répondent à nos besoins et en vainquant la pollution sous toutes ses formes.

La santé se présente aujourd'hui comme un défi à relever.

En tant qu'éducateurs de santé, que ferons-nous pour relever ce défi? Il s'agit de réapprendre que la santé c'est d'abord le respect des lois fondamentales qui permettent à l'être humain de vivre en harmonie avec lui-même, avec les autres et avec l'univers qui l'entoure. Que l'individu devienne son propre médecin par une connaissance claire des erreurs qui sont à l'origine de la maladie et des moyens naturels de se guérir en se libérant du "marketing" de la santé.

La maladie n'est pas une calamité qui survient par hasard; elle n'est que le signal d'alarme qui sonne lorsque les lois vitales ont été transgressées en raison souvent de notre peur de vivre. C'est un signal d'alarme qui nous fait mettre le doigt sur nos erreurs par rapport aux lois de la vie dues à l'ignorance. Faire disparaître les symptômes en avalant des pilules ne change rien en profondeur; il faut retrouver le contact avec l'harmonie universelle, par les moyens de guérison que la nature a mis à notre disposition. Il ne s'agit pas de renoncer aux conquêtes de la technologie, mais de les intégrer dans une vision plus large qui englobe tous les aspects de l'environnement physique, affectif et mental de l'individu. Il est heureux de constater que plusieurs commencent à prendre conscience de l'usage abusif des médicaments, mais l'industrie pharmaceutique a pris un tel essor depuis quelques années qu'il est difficile de s'opposer en tant qu'éducateur de la santé à la pression qu'elle exerce par la publicité.

La maladie est devenue une telle source de profits en Amérique du Nord, qu'il devient de plus en plus difficile de parler santé en cherchant

les moyens adéquats de prévention de la maladie.

Comment alors être en mesure d'enseigner le "concept santé" quand la maladie semble avoir la primeur dans nos sociétés? Ne sommes-nous pas victimes en tant "qu'éducateur de santé" de la magie médicale? Des statistiques récentes nous révèlent que 60% à 70% des individus qui consultent un médecin ne souffrent apparemment d'aucun trouble somatique. Il existe un conditionnement tel pour l'absorption de pilules que le médecin se sent obligé de prescrire des tranquillisants pour répondre aux attentes des consultants.

La consommation de médicaments agissant sur le psychisme a augmenté de 290% en douze ans, en Amérique du Nord. Un nombre de plus en plus grand de personnes sont dépendantes de substances chimiques.

Pour pouvoir être "éducateur de santé" il faut aider l'individu à se libérer de toutes les béquilles qui créent une dépendance et l'empêchent de vivre en harmonie. L'analyse des tendances à la morbidité montre que l'environnement général est le premier déterminant de l'état de santé global de toute une population. Ce sont: l'alimentation, les conditions de logement et de travail, les mécanismes culturels et la cohésion du tissu social.

Un nouveau type de malnutrition est en passe de devenir une forme d'épidémie moderne au taux d'expansion particulièrement rapide. Il y a aussi cette dépendance que l'on crée vis-à-vis de l'intervention professionnelle qui tend à appauvrir l'environnement social et physique de l'individu, de ses aspects salubres et curatifs, bien que non médicaux. Les soins de santé sont devenus une marchandise, c'est-à-dire quelque chose que l'on consomme et non que l'on fait. Pour être à la mode il faut consommer. La santé a acquis parallèlement à la maladie un statut clinique; elle est devenue absence de symptômes cliniques. Ne serait-elle pas un symptôme des pouvoirs économiques et politiques? La "médicalisation" de la vie apparaît donc comme une partie intégrante de son

institutionnalisation industrielle; elle est un aspect de la domination destructrice de l'individu.

En tant qu'éducateurs de la santé pouvons-nous envisager la possibilité d'être des éveilleurs à une nouvelle philosophie de vie où l'homme deviendrait l'agent de sa propre santé en dehors de toutes les béquilles artificielles qui souvent, le détruisent?

Vivre d'une façon suprêmement intelligente exige un éveil de l'esprit et du corps et cet éveil, nous l'avons peut-être étouffé par nos façons non naturelles de vivre. Nous détruisons notre cerveau, notre esprit par le conflit, les états constants de répression dans notre travail ou dans nos relations avec les autres. Nous vivons derrière un monde d'images. Images de nous-mêmes, de notre entourage, de notre écologie, de notre puissance économique. Ce mur de notre savoir, de nos désirs, de nos élans ambitieux nous aide-t-il à vivre en harmonie? Pour que la santé fasse place à la maladie, l'homme doit redécouvrir un nouveau sens à son existence. Se libérer des fausses dépendances pour chercher en lui-même ses multiples possibilités. Cette démarche est un effort de lucidité pour savoir qui il est et pour prendre sa place dans la société où il est appelé à évoluer. Cette compréhension de la vie est faite d'amour et d'équilibre. En vivant dans une attitude mentale positive, l'homme éloignera la maladie et vivra plus heureux. Rien n'est jamais gagné tout à fait, mais c'est à travers des changements, des conflits et une forte détermination que nous y parviendrons. C'est une exigence de maturité.

En éduquant à la santé, nous éduquons à la vie.

BIBLIOGRAPHIE

Illich, Ivan, Némésis médicale, Seuil, 1973.

Krishnamurti, Le changement créateur, Delachaux et Niestlé, 1972.

INSCRIRE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU PROGRAMME DES TECHNIQUES INFIRMIÈRES: UNE UTOPIE? UNE RÉALITE?

Monique Gascon, professeur de soins infirmiers, Collège Saint-Laurent.

L'infirmière ayant reçu sa formation professionnelle au niveau collégial, se demande souvent comment il se fait qu'elle ne puisse travailler en santé communautaire; que les postes ouverts à ce niveau de la pratique infirmière soient orientés vers des personnes ayant au moins une année d'expérience de travail ou une formation particulière en santé communautaire. La question pourrait fort bien se poser aussi pour les professeurs du niveau collégial! Même si les concepts de santé, de prévention et d'éducation furent la base du programme des Techniques infirmières, qu'en est-il vraiment? L'approche communautaire n'est-elle que théorique?

La formation actuelle de l'étudiante-infirmière la prépare-t-elle suffisamment à son rôle éventuel en santé communautaire?

Faut-il en faire un thème précis d'enseignement? Ou la santé communautaire n'est-elle pas déjà implicite dans l'exercice de l'acte infirmier?... Donc partie intégrante du programme, puisque celui-ci la prépare à assumer cet acte infirmier!

Est-ce que le programme actuel permet l'acquisition et le développement d'un certain nombre de concepts fondamentaux, tels santé, prévention primaire, secondaire et tertiaire? Par quelles activités l'étudiante peut-elle réaliser ces concepts? Comment permet-il de développer les habiletés à communiquer oralement et par écrit, à établir une relation d'aide efficace? Comment permet-il l'identification des habitudes de vie et leur incidence sociale? Dans quelles mesures l'étudiante est-elle informée des données générales en écologie, en épidémiologie? Quelles sont les activités communautaires auxquelles l'étudiante s'intègre? Comment l'étudiante ou la nouvelle infirmière peut-elle s'intégrer au sein des autres infirmières et de l'équipe multidisciplinaire?

Il est clair que les objectifs de formation communautaire sont limités à ce niveau et que son efficacité dans la collectivité restera mineure en cours d'apprentissage; cependant, on pourrait utiliser à bon escient cette ressource humaine dynamique en lui procurant les connaissances suffisantes qui lui permettent d'acquérir certaines compétences au sein d'une communauté.

Ne serait-il pas important et impératif que l'étudiante soit consciente du rôle communautaire de l'infirmière; qu'elle connaisse ses fonctions en santé communautaire selon les éléments de l'exercice infirmier adaptés aux soins infirmiers communautaires, lesquels sont centrés sur le client, la famille et la collectivité?

Cependant, il ne suffit pas de susciter une approche intellectuelle, livresque d'une conception globale de la santé et de la santé communautaire, encore faut-il qu'elle soit en mesure de percevoir de façon "viscérale", d'avoir vécu un certain nombre d'expériences, d'avoir ressenti les besoins de la communauté dans laquelle elle vit, de vivre son propre développement communautaire avant d'être capable de promouvoir la santé et d'intervenir sur les habitudes de vie et l'environnement.

On dit tellement que l'infirmière est un agent de changement pour favoriser un état de santé optimal! Comment l'étudiante peut-elle tendre vers ce rôle? Peut-elle vraiment exécuter un travail efficace et adapté aux besoins de la collectivité? Peut-elle assumer certaines responsabilités en ce sens?

Ou bien doit-on penser que les soins infirmiers communautaires sont une dimension de la profession qui s'ajoute à la formation de base? Si non, quelles sont les attentes, les attitudes minimales à acquérir pour fonctionner en santé communautaire?

Comment peut-elle "assurer l'approche globale, personnelle et continue auprès de l'individu et de la famille dans la communauté afin de favoriser une meilleure adaptation à la réalité de la santé"? (L. Fontaine, O.I.I.Q., février 1979).

Si, lors de sa formation, elle a pu appliquer les connaissances acquises de façon progressive et ce dès le début, il me semble que tout en reconnaissant la limite de son rôle, elle puisse s'intégrer à une telle équipe. Ce qui suppose avant tout une supervision adéquate. Il ne s'agit pas d'assigner des responsabilités en matière de santé sans y avoir été préparé, ce qui incombe au personnel expérimenté et/ou ayant reçu une formation plus spécifique, mais en l'intégrant à des stratégies d'intervention, elle pourrait elle-même devenir un agent de changement en lui permettant de vivre la façon dont les concepts de santé, de prévention et d'éducation appris s'articulent en santé communautaire.

Si le programme tant au niveau du contenu théorique que pratique ne répond pas au moins à ces questions, il me semble utopique de penser que l'infirmière ayant un cours de Techniques infirmières a les bagages nécessaires pour voyager à travers les circuits de la santé communautaire. Et pourtant... au Québec ... faut se tenir en santé!

L'INFIRMIÈRE DIPLOMÉE DES CEGEPS EST-ELLE UNE TECHNICIENNE DE SOINS INFIRMIERS?

Gisèle Gaudreault et Lina Rahal, professeurs de soins infirmiers, Collège de Bois-de-Boulogne.

Deux professeurs du département des Techniques infirmières ont analysé et interprété les données et ont rédigé ce rapport avec l'aide d'une personne ressource , Claude Hamel.

La participation de Carole Picard, secrétaire, a été très appréciée. Des sommes d'argent ont été mises à notre disposition par Jacqueline Bouchard, conseillère pédagogique, pour fin de consultation d'une personne ressource , Claude Hamel pour l'analyse et l'interprétation des données.

Nous utilisons le terme infirmière dans le but d'alléger le texte.

Jusqu'aux années soixante, au Québec, l'enseignement des soins infirmiers se faisait exclusivement dans les écoles affiliées aux hôpitaux tant pour les infirmières que pour les infirmières-auxiliaires.

Durant les années soixante, le cours donnant la formation de base en soins infirmiers a été intégré au niveau collégial. Les étudiants ayant déjà une préparation collégiale générale pouvaient recevoir la formation de base en soins infirmiers au niveau universitaire. Pendant la même période, la formation de base de l'infirmière-auxiliaire a été intégrée à la polyvalente.

Il y avait alors une triple répartition de l'enseignement des soins infirmiers. Depuis ce temps, il n'y a jamais eu concertation entre la polyvalente, le collégial et l'université, concernant le niveau de formation et l'élaboration d'objectifs spécifiques répondant à chacun de ces niveaux. Il n'y a jamais eu de définition claire des fonctions spécifiques correspondant à chacun de ces niveaux d'où la confusion

des fonctions ayant des répercussions dans le milieu de travail.

Dans la *Philosophie de l'éducation*, il est mentionné que l'enseignement des soins infirmiers doit répondre à un double but à savoir: "permettre l'acquisition et l'approfondissement des concepts, principes fondamentaux et compétences propres à l'exercice actuel et futur de la profession et permettre à la personne de développer ses qualités, de se connaître progressivement et davantage dans l'environnement physique, social et culturel où elle évolue et partant favoriser un engagement social actif et l'aider à vivre une existence enrichissante".[1]

En tant qu'éducatrices directement impliquées dans l'enseignement des soins infirmiers, nous nous demandons quel serait le niveau de formation infirmière de base le plus pertinent où ce double but de l'enseignement des soins infirmiers pourrait être atteint: au collégial? À l'université? La formation infirmière de base se donnant au collégial et à l'université, quels sont les objectifs spécifiques qui différencient chacun de ces niveaux? Quelles sont les fonctions ou les tâches professionnelles spécifiques à chacun de ces niveaux de formation?

Ces questions qui nous préoccupent nous ont amenées à tenter d'identifier le(s) rôle(s) et de clarifier les fonctions de l'infirmière au niveau de formation collégial et universitaire.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Suite au développement de la profession infirmière, il y a eu de multiples changements au niveau de la structure pédagogique de l'éducation en soins infirmiers. Dans cette partie, nous exposerons brièvement les tendances de l'enseignement des soins infirmiers aux États-Unis et au Québec, en identifiant les rôles et les fonctions de l'infirmière. Nous verrons les conséquences de ces différentes formations, soit au niveau de l'éducation et de la pratique clinique. Nous énoncerons par

---

[1] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Philosophie de l'éducation en nursing au Québec, Montréal, O.I.I.Q., octobre 1976, p. 6.

la suite, notre position.

A. Tendances de l'enseignement des soins infirmiers aux États-Unis.

Deux options s'affrontent aux États-Unis quant à l'accès à la profession. Dans les milieux où l'on préconise le baccalauréat en sciences infirmières comme unique voie d'accès à la profession, on considère que la formation qui se donne dans les programmes d'enseignement supérieur court (*Associate Degree Program*) prépare à un rôle de technicien et on l'oppose à celui du professionnel. Il n'existe alors aucune similitude de formation entre le technicien et le professionnel, car le technicien est un auxiliaire, un assistant du professionnel en soins infirmiers. Le technicien et le professionnel en soins infirmiers passent les mêmes examens donnant accès à la profession.

La deuxième option considère que la formation au niveau universitaire d'un premier cycle, ne peut constituer la seule voie d'accès à la profession.

Le rôle de l'infirmière, pour ses auteurs, ne peut se subdiviser dans le concret du travail quotidien aussi facilement en rôle technique et professionnel.[2]

1. Niveaux de formation dans l'enseignement des soins infirmiers . Des auteurs ont défini l'étendue des responsabilités que peut assumer l'infirmière qui a terminé le niveau de formation collégial et universitaire.

1.1 L'infirmière technicienne. Les étudiantes infirmières du programme supérieur court d'une durée de deux ans sont préparées selon le programme de l'éducation technique proposé par Montag.[3]

---

[2] Mc-Clire, Margaret, "Can We Bring Order Out of the Chaos of Nursing Education", A.J.N., vol. 6, no 1, janvier 1976, p. 101.

[3] Montag, Mildred, The Education of Nursing Technicians, New York, G.P. Putnam's Sons, 1951.

Elle a différencié trois niveaux de fonctions en soins infirmiers. Au premier niveau correspondent des tâches simples qui peuvent être exécutées par des aides. Les deux autres niveaux sont, soit intermédiaires ou techniques, soit complexes ou professionnels, où les tâches peuvent être exécutées d'une part par les infirmières techniciennes et d'autre part par les infirmières professionnelles.

Selon Montag, les fonctions de l'infirmière technicienne sont: a) d'assister à la planification des soins; b) de prodiguer des soins infirmiers généraux sous supervision; c) d'assister à l'évaluation des soins donnés.[4]

Matheney définit la pratique technique des soins infirmiers et l'infirmière technicienne "*as the direct nursing care of patients with evident health problems and common recurring nursing problems in the areas of physical comfort and safety, physiological malfunction, psychological and social problems and rehabilitation problems. A technical nurse is a registered nurse with an associate degree licensed for the practice of nursing who carries out nursing with a high degree of skill, using principles from an ever-expanding body of science*".[5] Elle ajoute aux fonctions énumérées par Montag: prendre des mesures pour soulager le client en utilisant avec précision des traitements dont elle connaît les principes scientifiques et superviser les autres professionnels de la santé au niveau de l'aspect technique des soins.[6]

Dans le même ordre d'idées, la position de l'*American Nurse Association* (A.N.A.) énoncée en 1965, propose que la préparation minimale pour la pratique du *nursing technique* soit le programme supérieur court. Elle décrit plus en détail ce qu'est la pratique technique des soins infirmiers:

---

4 Ibid, p. 70.

5 National League for Nursing, Technical Nursing Practice, New York, N.L.N., Department of Associate Degree Programs, 1967, p. 12.

6 Ibid, p. 12.

a) exécuter des soins infirmiers ainsi que des techniques médicales déléguées telles installer un cathéter vésical, une sonde de Levin et autres, avec le maximum d'habiletés en se référant à des principes scientifiques.

b) comprendre la technologie médicale;

c) connaître toutes les modalités d'un traitement administré avec précision;

d) évaluer les réactions physiques et psychologiques immédiates d'un client à un traitement;

e) prendre les mesures nécessaires pour remédier au stress causé par ce traitement;

f) savoir quand agir et quand chercher l'aide d'experts;

g) travailler avec des infirmières professionnelles pour planifier les soins infirmiers quotidiens des clients;

h) être supervisé par une infirmière professionnelle.[7]

Cette infirmière technicienne est préparée pour remplir des fonctions techniques en soins infirmiers. Elle prodigue efficacement et de façon sécuritaire des soins directs aux clients, en utilisant des connaissances de base en soins infirmiers et elle les planifie sous supervision. Elle est responsable des soins qu'elle donne. L'accent de sa formation est mis sur l'acquisition et sur le développement d'habiletés psychomotrices correspondant à l'application des techniques usuelles et essentielles.

---

[7] American Nurses' Association, "American Nurses", Association First Position on Education for Nursing, A.J.N., décembre 1965, p. 106-111.

Le programme est, selon Michelmore, de deux années académiques.[8]

1.2 L'infirmière professionnelle. Pour Brown et Montag,[9] l'infirmière professionnelle est diplômée d'université. Elle peut assumer les fonctions de leadership. Elle peut prodiguer des soins infirmiers directement ou indirectement. Elle est préparée pour planifier, diriger des soins infirmiers et collaborer avec les autres professionnels de la santé.

L'accent de sa formation est mis sur le développement et sur l'utilisation d'aptitudes intellectuelles.

L'A.N.A. propose que la préparation minimale exigée par la pratique de soins infirmiers professionnels soit le baccalauréat en soins infirmiers.[10]

Les composantes essentielles de la pratique de l'infirmière professionnelle sont le "care", le "cure" et la coordination.

L'aspect "care" implique plus que "prendre soin de", c'est supporter, réconforter en période de crise, d'anxiété, écouter et intervenir adéquatement.

L'aspect "cure", c'est promouvoir la santé et la guérison, aider les clients à comprendre leurs problèmes de santé et trouver les moyens d'y pallier, administrer des médicaments et des traitements; évaluer quotidiennement le plan de soins de chaque client, faire appel aux ressources du client ou autres pour qu'il puisse s'ajuster et qu'il recouvre sa santé, s'impliquer au niveau de la collectivité pour promouvoir la santé et le bien-être; coordonner, synchroniser tous les services médicaux, techniques ou autres que reçoit le client, superviser,

---

8 Michelmore, Ellen, "Distinguishing between A.D. and B.S. Education", Nursing Outlook, vol. 25, août, 1977, p. 506-510.

9 Brown, Lucille Esther, Nursing for the future, New York, Russell Sage Foundation, 1948 et Mildred Montag, op. cit., 1951.

10 "American Nurses' Association", op. cit., p. 106-111.

enseigner et diriger tous ceux qui prodiguent des soins infirmiers.

C'est aussi évaluer la pratique des soins infirmiers et utiliser de nouvelles connaissances théoriques découlant de la recherche: collaborer avec d'autres disciplines pour la recherche, la planification et l'exécution des soins.

Cette pratique requiert que la formation de l'infirmière professionnelle soit orientée vers la théorie, la recherche et le leadership. Elle est d'une durée de quatre ans ou de cinq ans.

2. Conséquences au niveau pédagogique et au niveau de la pratique clinique. Au niveau de la formation, plusieurs raisons ont nui à l'application de la philosophie prônée par l'A.N.A. Bensman en mentionne six, soit: 1. confusion de rôles, de fonctions et de l'endroit où le service doit être rendu; 2. les soins qui deviennent de plus en plus complexes; 3. l'augmentation du coût des soins a fait que les administrateurs sont plus préoccupés par une meilleure utilisation de leur personnel; 4. l'accomplissement de tâches plutôt médicales; 5. les directeurs des soins infirmiers s'objectent à offrir une longue orientation aux nouvelles infirmières diplômées et à leur offrir de la formation en cours d'emploi, ils affirment ne pas avoir de ressources financières suffisantes; 6. les éducateurs du collégial ont vu leurs programmes en fonction de satisfaire les services de soins infirmiers plutôt qu'en fonction de leur philosophie et de leurs objectifs.[11]

Bullough affirme que le fait d'avoir deux niveaux de formation l'un orienté vers la technique ou "cure" et l'autre vers le "care" amène des problèmes.[12] Les éducateurs doivent décider quel niveau de formation ils veulent pour l'infirmière. Michelmore suggère pour différencier clairement les programmes (technique et professionnel) que les contenus

---

11 Bensman, P.A., "Have We Lost Sight of the A.D. Philosophy?", Nursing Outlook, août, 1977, vol. 25, p. 511-513.

12 Bullough, Bonnie and Sparks, Collin, "Baccalaureate Vs Associate Degree Nurses: The Care-Cure Dichotomy", Nursing Outlook, vol. XXIII, Novembre, 1975, p. 688-692.

des programmes de niveau collégial soient bâtis autour de problèmes ayant des solutions connues. L'étudiante pourrait tester ses interventions dont les résultats sont prévisibles. Elle développera une base de connaissances en soins infirmiers. L'infirmière professionnelle aura quant à elle, à résoudre des problèmes ayant peu ou pas de solutions connues.[13]

Dans la pratique clinique, particulièrement dans le milieu hospitalier, il semble difficile de faire une différence entre les infirmières diplômées de différents programmes. Il est à noter que celles-ci passent le même examen pour avoir un permis d'exercice. Cicatello décrit les points forts et les points faibles révélés par des directrices des soins infirmiers chez les nouvelles diplômées du programme supérieur court. Les points forts touchent le côté scientifique: les principes à la base des soins infirmiers, le côté croissance personnelle, les points faibles: manque d'expériences cliniques pour faire des liens entre la théorie et la pratique, difficultés d'organisation, de planification, de prises de décision et d'établir rapidement des priorités.[14]

Beverly et Junker qui supportent la formation au collégial notent d'autres points faibles: a) difficulté dans l'application de la démarche de soins infirmiers où le plan de soins ne réflète pas toujours le profil du client b) manque d'expérience clinique pour incorporer la théorie à la pratique de façon significative et c) difficulté à s'impliquer et à collaborer dans une équipe multidisciplinaire.[15]

Selon Cantor, les services de soins infirmiers ont accepté le fait qu'ils ne peuvent plus s'attendre à engager des diplômées qui sont préparées à prendre toutes les responsabilités de leur rôle dès le lendemain de leur graduation. Selon elle, les différences entre les programmes de

---

13 Michelmore, E., op. cit., p. 506-510.

14 Cicatello, J., "Expectations of The Associate Degree Graduate", J. Nurs. Educ., avril 1974, p. 22-25.

15 Beverly, L. and Junker, M., "The A.D. Nurse: Prepared to be Prepared", Nursing Outlook, vol. XXV, août 1977, p. 514-518.

formation en soins infirmiers en terme d'objectifs scientifiques et d'exigences ne sont pas clairement identifiées. Elle est convaincue que ces étudiantes peuvent être préparées en deux ans pour s'intégrer dans une équipe de soins dans un hôpital pour des soins aigus ou à long terme, si le programme est concentré sur la pratique clinique ayant l'accent mis sur les soins à prodiguer aux clients ayant les pathologies les plus courantes.[16]

Reickow et Scott ont fait une étude pour comparer lesquelles des trois types d'infirmières préparées étaient préférées par des employeurs d'hôpitaux et ceux d'institutions pour malades chroniques. Concernant leurs habiletés générales, les administrateurs des petits hôpitaux ont classé les infirmières diplômées d'écoles de soins infirmiers rattachées à un hôpital (programme de trois ans) supérieures aux infirmières diplômées du baccalauréat tandis que les administrateurs des grands centres hospitaliers les ont classées au même niveau. Les infirmières diplômées du niveau collégial (programme de deux ans) n'ont pas été classées supérieures dans aucun domaine même pas dans la technique. En 1980, il est projeté que seulement 1% des admissions en soins infirmiers seront dans les écoles affiliées à l'hôpital alors qu'au niveau collégial, les admissions se totaliseront à 62% à 66%. Les auteurs considèrent cette tendance peu réaliste.[17]

Mildred O. Hogstel a montré que les infirmières du programme collégial et universitaire ne sont pas employées différemment par les directrices des soins infirmiers. Elle remet donc en cause la nécessité d'avoir différents programmes de formation pour la pratique des soins infirmiers.[18]

Miller rapporte que les nouvelles diplômées du collégial fonctionnent

---

16 Cantor, M., "Education for What?", J. Nurs. Educ., avril 1974, p. 26-31.

17 Reichow, R.W. and Scott, R.E., "Study Compares Graduates of Two-Three-Four year programs", Hospitals, juillet 1976, p. 95-97.

18 Hogstel, M.O., "Associate and Baccalaureate Degree Graduates: Do They Function differently?", A.J.N., octobre 1977, p. 1598-1600.

au moins en partie dans des positions pour lesquelles elles n'ont pas été préparées; 66% disent au moins à temps partiel, fonctionner dans des positions de surveillante, elles se posent alors des questions à savoir si c'est l'employeur ou l'éducateur qui doit modifier ses attentes face à l'infirmière formée au collégial? Doit-on inclure des cours de leadership ou les services de soins infirmiers doivent-ils s'empêcher d'assigner ces diplômées à des positions d'infirmière-chef ou de surveillante? Qui doit les préparer pour ce rôle élargi?[19]

Rolkovitch (directrice de soins infrimiers) appuie la position de l'A.N.A. qui exige que le minimum requis pour la pratique professionnelle des soins soit un baccalauréat. Elle propose deux catégories légales d'infirmières: le titre d'infirmière sera réservé pour celles possédant un baccalauréat et le titre d'infirmière technicienne pour celles diplômées du collégial, cette dernière fonctionnant comme l'assistante de l'infirmière.[20]

Sheahan prouve qu'il est inutile de former des infirmières à des niveaux différents puisque la pratique dans le domaine hospitalier est presque quasi technique. Les décisions concernant les besoins du client hospitalisé sont sous le contrôle de la profession médicale.[21]

Il semble donc difficile dans la pratique, surtout dans le domaine hospitalier de faire une différence entre les infirmières des différents programmes.

Plusieurs propositions ont été soumises aux États-Unis pour que le baccalauréat en soins infirmiers soit l'unique voie d'accès à la profession d'infirmière. L'A.N.A. qui soutient cette position est fortement appuyée. Aucune proposition a force de loi présentement.

---

19 Miller, M.H., "Work Role for the Associate Degree Graduate", A.J.N., mars 1974, p. 468-470.

20 Rolkovitch, R. "The A.D. Nurse: A Nursing Service Perspective", Nursing Outlook, vol. XXIV, avril 1976, p. 234-236.

21 Sheahan, D., "The Game of the Name: Nurse professional and Nurse Technician", Nursing Outlook, vol. XX, juillet 1972, p. 440-444.

B. Situation actuelle au Québec .

De plus en plus, les employeurs recherchent une main-d'oeuvre qualifiée. Les soins infirmiers n'échappent pas à cette demande. Au Québec, on distingue deux catégories de personnel infirmier, soit l'infirmière et l'infirmière-auxiliaire. La formation reçue doit donc correspondre aux tâches que l'on attend d'elles.

1. Niveaux de formation et fonctions.

1.1 L'infirmière-auxiliaire. C'est à la polyvalente, soit en secondaire IV et V que les infirmières-auxiliaires reçoivent leur formation. Ce programme vise à former du personnel habilité à dispenser au client, en collaboration avec des infirmières licenciées et à l'extérieur d'une unité de soins, certains soins de base inhérents à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la gériatrie et à la psychiatrie tels que donner des bains, prendre la température, faire manger les clients impotents et administrer certains médicaments. A ce niveau de formation, l'infirmière-auxiliaire acquiert des connaissances et elle se situe au niveau de l'action.[22]

1.2 L'infirmière. L'accès à la profession infirmière peut se faire par deux voies, soit le collégial et l'université.

1.2.1 Collégial. Ce cours a été conçu comme étant terminal et au tout début, axé sur les techniques. Au fur et à mesure des années, les objectifs ont été modifiés afin de répondre aux besoins des étudiants. Cette information n'a pas rejoint le milieu clinique ce qui peut expliquer que l'on croit encore que ce cours est uniquement axé sur les techniques. Il s'échelonne sur une période de trois ans ou de six sessions. Les objectifs poursuivis en 1979-1980 selon les Cahiers de l'enseignement

---

[22] Lambert, Cécile, Histoire du Programme des Techniques infirmières 1962-1978, Rapport présenté à la direction générale de l'enseignement collégial en vue de l'évaluation du programme des Techniques infirmières, Québec: Gouvernement du Québec, 1979.

collégial sont de former des infirmières habilitées à "identifier des besoins de santé de personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale et renseigner la population lors de l'exercice de sa profession sur des problèmes d'ordre sanitaire".[23]

À la fin de sa scolarité, l'étudiant a un D.E.C. profil sciences de la santé et il doit passer les examens de l'O.I.I.O. afin d'obtenir un permis d'exercice.

Plus de deux mille professionnelles en soins infirmiers entrent sur le marché du travail annuellement et on les retrouve surtout en soins généraux.

Plusieurs emplois exigent une formation plus poussée soit en clinique, en recherche, en administration ou en enseignement. Les personnes qui occupent ces postes doivent donc avoir une formation plus poussée.

1.2.2 Université. La seconde voie d'accès à la profession infirmière est l'université. Les objectifs poursuivis sont les mêmes que l'on retrouve au collégial, auxquels s'ajoutent des objectifs face à la solution de problèmes complexes en soins infirmiers, à la collaboration et à l'exercice d'un leadership au sein des équipes de soins, à l'acquisition d'un sens de responsabilité, d'esprit critique, de créativité, d'initiative, d'une implication au niveau de la communauté et au niveau fédéral et provincial, à l'acquisition d'habileté en administration, en recherche et en enseignement.

Cette formation atteint vraiment les objectifs proposés dans la philosophie de l'éducation en soins infirmiers au Québec, dans le but de

---

[23] Ministère de l'Education, Cahiers de l'enseignement collégial 1979-80, Québec; Gouvernement du Québec, 1980, p. 1-84.

former une infirmière professionnelle.[24]

2. Conséquences de cette triple répartition de l'enseignement des soins infirmiers au Québec. Étant donné qu'il n'y a jamais eu concertation au sujet des niveaux de formation et de l'élaboration d'objectifs spécifiques répondant à ces niveaux, il est alors très difficile d'identifier les rôles et d'énoncer clairement les fonctions professionnelles qui correspondent à chacun de ces niveaux.

Il n'est donc pas étonnant de constater, en étudiant les programmes d'études respectifs de chaque niveau, "qu'il y ait des ressemblances étonnantes dans les objectifs poursuivis, le contenu et les bibliographies".[25]

Selon Côté, "l'infirmière se perçoit elle-même comme une professionnelle: un spécialiste qui a un champ d'exercice, des tâches professionnelles à accomplir et la compétence pour le faire"[26], mais la moitié d'entre elles soutiennent que "la formation au cegep n'est pas suffisamment poussée pour les tâches qu'on exige maintenant des infirmières".[27]

Les professeurs évoluant dans la structure pédagogique actuelle tentent de répondre aux objectifs tels que spécifiés dans les Cahiers de l'enseignement collégial et certains ont tenté de les clarifier au niveau collégial.

Nous nous rendons compte qu'il est difficile au niveau de formation collégial d'atteindre tous les objectifs fixés dans les Cahiers

---

24 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Philosophie de l'éducation en nursing au Québec, Montréal, O.I.I.Q., octobre 1976, p. 7-8.

25 Lambert, Cécile, op. cit., p. 10.

26 Côté, Marcel, Les infirmières et infirmiers Québécois: Leurs attitudes, leurs attentes et leur satisfaction professionnelle, Montréal, Secor Inc., septembre 1979, p. 8.

27 Ibid., p. 8.

d'enseignement collégial. Exemple: renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire implique que l'étudiant ait eu des cours en épidémiologie, en pédagogie, et autres... Ce qui n'est pas le cas au collégial. Il faut faire face à plus d'une contrainte telles les exigences du milieu clinique par exemple.

Nous sommes d'accord avec l'énoncé élaboré dans la *Philosophie de l'éducation* disant que l'éducation en soins infirmiers doit refléter un cheminement personnel, professionnel et scientifique qui s'échelonne de la formation de base à la retraite.[28] Nous nous interrogeons à savoir comment dans la structure actuelle du cours, nous pouvons atteindre les objectifs d'ordre professionnel, scientifique et d'ordre social et personnel? Il serait très important de clarifier pour chacun de ces objectifs, à quel niveau il appartient. Par exemple: la fonction de leadership dans une équipe de soins (chef d'équipe) peut être travaillée au niveau collégial alors que cette même fonction de leadership dans une unité de soins (infirmière-chef) peut être travaillée au niveau universitaire. Au niveau collégial, nos étudiantes résolvent, à l'aide d'une démarche scientifique, les problèmes de soins infirmiers les plus communs qui se retrouvent en pratique tels que les soins au client ayant une gastrectomie, un infarctus, une cholécystectomie et autres. Ces problèmes touchent la maladie. Bien que les professeurs travaillent avec les étudiants au niveau de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, c'est surtout le secteur secondaire qui accapare le plus d'énergie. Au niveau universitaire, l'étudiante peut résoudre des problèmes de soins infirmiers plus complexes et développer davantage sa créativité, son initiative et autres.

Aussi, nous constatons que plusieurs professeurs reproduisent dans leur plan de cours et en pratique la formation qu'ils ont eux-mêmes reçue. Ils se servent de leur propre expérience pour formuler des objectifs d'apprentissage. Ce qui en résulte est une confusion où les professeurs ne s'entendent pas, concernant les rôles et les fonctions

---

28 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Philosophie de l'éducation, op. cit., p. 5.

professionnelles des infirmières qu'elles forment.

Les étudiantes, dans cette confusion, ne peuvent exactement identifier leur(s) rôle(s) et leurs fonctions professionnelles qu'elles auront à accomplir.

Elles sont influencées par le(s) modèle(s) que leur offrent leurs professeurs et les infirmières qui travaillent dans le milieu clinique où elles vont en stage, de même que par l'image véhiculée dans le public sur le(s) rôle(s) et les fonctions de l'infirmière professionnelle. Elles en viennent à se former leur propre image qui ne correspond pas toujours à leur(s) véritable(s) rôle(s) et fonctions professionnelles. Dans le milieu de la pratique, elles y trouvent encore plus de confusion entre ce qui leur a été proposé comme rôle(s) et fonctions et ce qui existe réellement. Ce qui peut contribuer à ce qu'elles se sentent frustrées dans ce milieu.

Le fait que la formation de base se donne à deux niveaux différents accentue davantage cette confusion. Aucune recherche à notre connaissance, ne permet de différencier clairement le(s) rôle(s) et les fonctions professionnelles de l'infirmière ayant une formation de base collégiale ou universitaire.

Selon des discussions informelles, l'étudiante formée à l'université aurait tendance à s'intégrer plus rapidement dans une équipe de soins, à faire preuve de leadership, d'initiative, mais ces affirmations ne sont que des observations.

Dans le milieu pratique surtout à l'hôpital, le rôle technique est très valorisé et valorise plusieurs infirmières. Le rôle professionnel n'est pas clairement défini ni les fonctions professionnelles, sauf si l'infirmière est titulaire d'un poste cadre. Elle doit alors se définir, identifier son(ses) rôle(s) et fonctions dépendant des besoins et des exigences du milieu.

Le manque de communication entre le milieu technique et le secteur de la formation s'ajoute à cette confusion. Le milieu clinique croit encore que l'enseignement des soins infirmiers donné au cegep est purement technique alors que les objectifs ont été modifiés au fur et à mesure des années, selon les besoins des étudiants.

Même si l'emphase au niveau de la formation en soins infirmiers est mis sur une démarche scientifique pour résoudre des problèmes de soins infirmiers, il n'y a aucun mécanisme dans la pratique qui permet d'évaluer cette démarche alors que lors d'une prescription médicale non remplie, même si l'infirmière la juge inadéquate, il peut y avoir des poursuites légales. En d'autres mots, l'infirmière n'est pas tenue de justifier légalement les soins infirmiers qu'elle prodigue comme par exemple, les soins buccaux, mobiliser un client alors qu'elle est tenue de le faire, si elle ne remplit pas une prescription médicale. Le plan de soins que l'on veut individualisé et spécifique est écrit à la mine et non signé par l'infirmière responsable de donner les soins infirmiers au client. C'est à se demander si, dans la pratique, la démarche de soins infirmiers fait vraiment partie des fonctions professionnelles de l'infirmière. Il semble difficile, même si la démarche de soins infirmiers est une priorité en termes de soins infirmiers, de contrôler l'application de cette démarche, car aucune infirmière n'en est vraiment responsable.

Les notes d'observation de l'infirmière au dossier ne réflètent pas la démarche de soins infirmiers en terme de soins infirmiers. Il est d'ailleurs assez étonnant de voir que ce qui est noté rejoint, dans la majorité des cas, les prescriptions médicales telles que médicaments, solutés, incluant les soins infirmiers et autres.

Ce manque de clarification des fonctions et d'identification des rôles de l'infirmière nous amène à nous poser de sérieuses questions quand à la responsabilité et à l'autonomie de la profession, surtout lorsque les infirmières se lancent la balle sur qui aura à assumer

telle ou telle responsabilité.

3. Notre position. Selon Côté[29], il existe chez l'infirmière une ambiguïté profonde quant au professionnalisme. Elle se perçoit elle-même comme une professionnelle, c'est-à-dire un spécialiste qui a un champ d'exercice, des tâches professionnelles à accomplir, l'autonomie et la compétence pour le faire, mais elle porte un jugement sévère sur ses collègues. Trois infirmières sur cinq disent que "la majorité des infirmières se perçoivent davantage comme des employées que comme des professionnelles" et "trop d'infirmières considèrent leur travail comme un travail et non comme une profession". Toutes ces infirmières font partie de la profession au même titre et sont légalement des infirmières professionnelles.

La formation telle que donnée présentement ne répond pas aux tâches professionnelles qu'exigent le milieu.[30] Certains professeurs lors d'échanges informels disent former des techniciennes de soins infirmiers alors que d'autres disent former des professionnelles de soins infirmiers. C'est ce qui nous a amené à réfléchir sur le sujet.

Nous avons donc mené un mini-sondage auprès des professeurs de T.I.N. du Collège de Bois-de-Boulogne, des étudiantes-finissantes de T.I.N. du même collège, des diplômées de T.I.N. de 1977-1978 et 1979 et d'infirmières ayant des postes cadres dans quatre hôpitaux où nos étudiantes vont en stage.

Vous trouverez dans la partie suivante la démarche qui nous a amenées à prendre cette position. Il serait logique de présenter notre position à la suite de l'analyse du mini-sondage, mais pour faciliter la lecture, nous préférons l'énoncer à ce point.

Telle que mentionné dans "Nouvelle étape au sujet de l'enseignement professionnel" les objectifs spécifiques de l'enseignement professionnel,

---

29 Côté, Marcel, op. cit., p. 6.
30 Ibid., p. 6.

c'est-à-dire la préparation à l'exercice autonome de sa profession, préparation qui doit être assez précise et poussée pour que le diplômé puisse remplir une fonction de travail bien définie, mais dont la base doit être assez solide pour permettre une insertion dans plusieurs fonctions apparentées et des progrès ultérieurs".[31] L'infirmière formée au cegep est donc une professionnelle dont la préparation lui permet d'assumer les responsabilités inhérentes à l'exercice de sa profession tel que défini dans la Loi des infirmier(e)s.[32] Sa formation fondamentale au collège étant axée davantage sur des apprentissages qui favorisent le développement intégral de la personne et qui sont nécessaires à toute activité humaine pleinement assumée, soit d'ordre intellectuel, affectif, social et physique.[33]

Nous sommes d'accord avec le projet du Plan de développement proposé par l'Ordre en autant qu'il soit évalué et que les mesures qui s'imposeront à la suite de l'évaluation soient appliquées. Nous sommes convaincues que la formation de base actuelle donnée au collégial est insuffisante.

Les contenus du programme actuel ne couvrent pas suffisamment l'étendue du champ de pratique de l'infirmière pour lui procurer une base solide en sciences humaines, biologiques et autres afin de répondre aux exigences de sa profession. Il est impérieux de se pencher sur ces contenus afin de pouvoir pallier au manque en ajoutant des connaissances qui lui permettront d'intervenir dans tous les champs de sa pratique. Par exemple: l'infirmière doit renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire et, durant sa formation collégiale, elle ne reçoit aucune notion de pédagogie comme les caractéristiques d'un "apprenant".

Si nous voulons intégrer dans le "curriculum" des expériences

---

31 Ministère de l'Education, Les collèges du Québec: Nouvelle étape, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978, p. 36.

32 Assemblée Nationale du Québec, Loi des infirmières et infirmiers du Québec, L.Q., 1973, Section VIII, art. 36-37.

33 Ministère de l'Éducation, Les collèges du Québec: Nouvelle étape, op. cit., p. 39.

théoriques et pratiques touchant la prévention primaire, secondaire et tertiaire afin de répondre aux objectifs mentionnés dans *les Cahiers de l'enseignement collégial*, il faudrait modifier les pondérations pour chaque contenu du cours, en les augmentant.

Il faut délimiter les champs de pratique des infirmières selon le niveau de formation. Nous voyons l'infirmière formée au niveau collégial responsable des soins tant au niveau individuel que familial dans le but de prodiguer des soins. Si elle poursuit sa formation, celle-ci devrait être axée sur les soins à prodiguer à la collectivité c'est-à-dire à des groupes de personnes en interaction se trouvant dans une même localité, afin de répondre à leurs besoins de santé.

Nous avons tenté de clarifier le(s) rôle(s) et fonction(s) spécifiques qui devraient correspondre à la formation collégiale et universitaire à partir des objectifs proposés dans la *Philosophie de l'éducation* et devant répondre au(x) rôle(s) technique et professionnel(s) de l'infirmière et lui permettre de remplir ses fonctions spécifiques.

Le tableau 1 nous permet de visualiser le(s) rôle(s) selon le niveau de formation collégiale et universitaire.[34]

Nous privilégions la formation de base à l'université même si selon Côté, seulement 9% des infirmières se disent d'accord avec le baccalauréat comme condition d'admission à la profession infirmière.[35] Conformément à Nichols lors de la troisième conférence annuelle des infirmières enseignantes en 1979, le niveau de formation des infirmières qui pratiquent dans les soins infirmiers pour le futur tel que proposé par l'association des infirmières américaines (A.N.A.) sera le baccalauréat pour obtenir le droit de pratique.[36] Lors de la conférence nationale de

---

[34] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Philosophie de l'éducation en nursing au Québec, op. cit., p. 7-8.

[35] Côté, Marcel, op. cit., p. 8.

[36] Lambert, Cécile, Rapport présenté au ministère des Affaires inter-gouvernementales et au ministère de l'Éducation: Third annual nurse educator conference, Détroit, 1979, mercredi, 17 octobre 1979, p. 2.

l'A.I.I.C. sur la formation infirmière en novembre 1979, une des recommandations disait "que l'A.I.I.C. prenne position et émette une déclaration à l'effet que la formation de base permettant l'exercice infirmier soit le baccalauréat à compter de l'année 1990 (ou plus tard si cela s'avère plus raisonnable)".[37]

Le projet proposé par l'Ordre va à l'encontre des propositions des chefs de file américains, le sujet étant toujours à l'étude chez les canadiennes. Nous nous demandons comment les infirmières québécoises seront reconnues à l'extérieur du Québec? Nous nous demandons comment chaque professionnel en soins infirmiers pourra exercer sa profession de façon autonome surtout dans le secteur hospitalier où se retrouve 80% des effectifs infirmiers et où l'infirmière est appelée à jouer un rôle technique?

Nous nous demandons comment se fera la consultation entre le milieu collégial et le milieu universitaire, entre le secteur de la formation et la pratique?

Jusqu'à quel point y aura-t-il un rapport de force entre ces différents niveaux? Jusqu'à quel point le point de vue financier influencera les décisions prises étant donné que l'état finance les institutions de haut savoir? Jusqu'à quel point les milieux hospitaliers où les étudiants vont en stage sont prêts à collaborer?

Jusqu'à quel point les infirmières du secteur de la formation et de la pratique accepteront de participer à ce changement et s'impliqueront?

Quand y aura-t-il entente entre le secteur de la pratique et de la formation de telle sorte que la formation donnée ne soit pas une utopie?

Quand reconnaîtra-t-on les différents niveaux de pratique?

---

37 Nouvelles, Infirmières Canadiennes, février 1980, p. 43.

TABLEAU 1

Rôle(s), fonction(s) et objectifs spécifiques selon le niveau de formation collégial ou universitaire.

	Collégial	Universitaire
Rôle(s)	Technique	Technique
	Professionnel	Professionnel
	.personne ressource (client et collectivité)	.personne ressource (client et collectivité)
	.enseignement	.enseignement (client et collectivité)
		.leadership dans les soins infirmiers
	.remplacement (*surrogate*)	.remplacement (*surrogate*)
		.conseiller (*counselor*)
		.consultant
		.médiateur
		.administrateur
		.agent de recherche
Fonction(s)	1. Niveau de la pratique professionnelle	
	.prodigue des soins individualisés et personnalisés de qualité;	.idem (se centre davantage sur la résolution de problèmes de soins infirmiers complexes);
	.planifie et assure des services contribuant à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'humain, au maintien et à l'amélioration de la santé;	.idem;
	.intervient de façon concertée et planifiée;	.idem;
	.établit une relation d'aide;	.idem;
	.informe le client selon ses besoins;	.donne un enseignement individuel;

.fait preuve de responsabilité;	.idem ou de groupe;
.assume des fonctions de leadership au niveau de l'équipe de soins (chef d'équipe);	.assume des fonctions de leadership au niveau de l'équipe de soins (chef d'équipe), équipe multidisciplinaire, des soins infirmiers (infirmière-chef);
	.se donne un cadre de référence d'une part pour résoudre avec ingéniosité les problèmes particuliers de santé qui sont du ressort de la profession infirmière et d'autre part, pour analyser de façon critique le système social, notamment les moyens que se donne la société québécoise pour s'assurer d'une meilleure qualité de vie;
.collabore avec les autres professionnels de la santé;	.travaille avec les autres professionnels de la santé dans une relation d'interdépendance et de complémentarité afin de répondre de façon de plus en plus efficace aux problèmes complexes de la société;
	.fait face aux incertitudes du futur, aux réalités de demain, la sérénité étant indispensable pour une saine relation infirmière-client.
Niveau scientifique	
.utilise des approches contribuant au développement de comportements scientifiques tels: jugement critique, questionnement, analyse et synthèse;	.idem;
.utilise la méthodologie scientifique pour résoudre les problèmes de soins infirmiers pour ses clients;	.idem;

	.développe la capacité d'interpréter les rapports de recherche et d'adapter à la pratique certains résultats reconnus; .s'implique au niveau recherche pour faire progresser les connaissances en soins infirmiers.
Niveau social	
	.favorise la prise de conscience de l'étendue des responsabilités sociales des professionnels en soins infirmiers engagés dans une profession à caractère social et à la découverte des moyens permettant d'agir efficacement sur le milieu; .réagit aux changements et développe des attitudes positives à l'égard des changements technologiques et sociaux; .intervient auprès des gens afin qu'ils acquièrent des attitudes plus orientées vers une qualité de vie; .développe la capacité de percevoir la diversité des valeurs qui guident les membres d'une même collectivité et la variété des choix qui se présentent;
.perçoit comment sa propre personnalité intervient dans sa façon d'aborder les problèmes des autres;	.idem;
.développe souplesse, tolérance, respect des valeurs et choix individuels.	.idem.

MÉTHODOLOGIE

Cette partie comprend la définition des termes les plus souvent utilisés, le but du sondage, la description des instruments et l'échantillon.

A. Définition des termes.

1. Profession: occupation déterminée dont on peut tirer les moyens d'existence.[38]

2. Professionnel: personne qui exerce une profession.

3. Technique: ensemble de procédés employés pour produire une oeuvre ou obtenir un résultat déterminé.[39]

4. Technicienne*: personne qui possède, connaît une technique particulière.

5. Infirmier(e)s: personne(s) qui possède(nt) un permis d'exercice de l'O.I.I.Q. Elle a "légalement" le titre de professionnelle en soins infirmiers.

6. Soins infirmiers selon Orem: tout acte prodigué dans le but d'assister l'être humain dans la satisfaction des exigences *self-care* universelles et lors de déviation de santé, de façon à maintenir la vie, aider le client à se rééduquer et faire face aux conséquences.[40]

B. But du sondage.

Ce sondage avait pour but de vérifier si l'infirmière diplômée du

---

* L'infirmière-technicienne des soins infirmiers n'est pas synonyme de l'infirmière-praticienne, celle-ci ayant un rôle élargi.

38 Robert, Paul, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, S.N.L., 1973, p. 1399.

39 Ibid., p. 1753-1754.

40 Orem, Dorothea E., Nursing: Concepts of Practice, Toronto, McGraw-Hill Book Company, 1971.

cegep est une technicienne des soins infirmiers.

C. Description de l'instrument.

Les données de ce sondage ont été recueillies à l'aide de questionnaires.

Les questionnaires furent soumis aux responsables du département de Techniques infirmières. Certaines questions ont été reformulées.

Les questionnaires dans leur forme finale comprenaient pour les professeurs trois questions ouvertes, pour les infirmières titulaires de postes cadre dans les hôpitaux trois questions ouvertes et cinq fermées, pour les finissant(e)s de 1980, huit questions ouvertes et pour les étudiantes des années de graduation 1977-1978-1979, six questions fermées et cinq questions ouvertes.

Vous trouverez en annexe, une copie de chacun des questionnaires utilisés.

D. Échantillon.

L'échantillon comprenait quatre catégories de personnes.

1. Les quarante professeurs du département de Techniques infirmières (T.I.N.) ont reçu le questionnaire dans leur casier. Vingt-deux professeurs l'ont rempli.

2. Vingt infirmières titulaires d'un poste cadre, soit d'administration ou d'éducation dans quatre hôpitaux différents où nos étudiants vont en stage, soit le Centre hospitalier Sacré-Coeur de Cartierville, le Centre d'accueil Jacques-Viger, le Centre hospitalier Sainte-Justine et l'hôpital psychiatrique L.H. Lafontaine ont été rejointes par courrier. Les questionnaires ont été envoyés au directeur des soins infirmiers de chaque centre hospitalier. Celui-ci devait remettre les questionnaires

à cinq infirmières titulaires d'un poste cadre de son institution, choisies au hasard.

Quinze infirmières ont retourné le questionnaire dûment rempli.

3. Soixante-douze diplômées de T.I.N., soit vingt-cinq en 1977, vingt-cinq en 1978 et vingt-deux en 1979 ont été rejointes pour répondre au questionnaire.

Toutes les étudiantes finissantes de 1980 en T.I.N. ont été rejointes. Trente-et-une ont complété le questionnaire.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données se fera à l'aide de tableaux. Nous verrons dans un premier temps, quelles sont les attentes du milieu de travail et quelles sont les attentes des professeurs et des diplômées du cours de T.I.N. face au milieu de travail. Dans un deuxième temps, nous verrons quelle est la formation donnée au niveau collégial, aux étudiantes de T.I.N. et comment les diplômées de T.I.N. décrivent leurs rôles et leurs fonctions après leur scolarité. Dans un troisième temps, nous verrons comment les diplômées de T.I.N. dans leur milieu de travail décrivent leurs rôles et leurs fonctions et comment les infirmières titulaires d'un poste cadre dans un centre hospitalier les décrivent.

À la fin de chaque section, il y aura une page résumé où le lecteur pourra trouver une synthèse des éléments d'analyse les plus pertinents.

A. Attentes du milieu.

1. Concernant les infirmières titulaires d'un poste cadre dans les hôpitaux. Concernant la question quand vous embauchez une infirmière diplômée du cegep, vous attendez-vous à accueillir une technicienne des soins infirmiers et/ou une professionnelle des soins infirmiers?

Le tableau 2 nous permet de voir la répartition des attentes des infirmières titulaires d'un poste cadre lors de l'embauche des diplômées de T.I.N.

TABLEAU 2

Répartition des attentes des infirmières titulaires d'un poste cadre dans les hôpitaux lors de l'embauche de diplômées de T.I.N.

	N = 15
Technicienne des soins infirmiers	7
Professionnelle des soins infirmiers	6
Ni l'une, ni l'autre	2

Commentaires: Sept infirmières sur quinze pensent embaucher une technicienne des soins infirmiers; six, une professionnelle des soins infirmiers et deux disent ni l'une ni l'autre.

Il est intéressant de noter que des sept infirmières qui pensent embaucher une technicienne des soins infirmiers, trois infirmières mentionnent qu'en la supervisant et en l'informant, elle deviendra une professionnelle des soins infirmiers à brève échéance (six mois à un an).

Neuf infirmières sur quinze disent qu'elles travailleront avec des professionnelles dans six mois à un an. Cela tend à montrer que la formation au cegep n'est pas suffisamment poussée pour les tâches qu'on exige d'elles.

2. Concernant les finissantes de 1980. Le tableau 3 nous montre la perception des finissantes de 1980 face aux attentes des autorités de l'hôpital et des services de santé lors de l'embauche selon le(s) rôle(s) identifié(s).

TABLEAU 3

Perception des finissantes de 1980 face aux attentes des autorités de l'hôpital et des établissements de service de santé lors de l'embauche selon le(s) rôle(s) identifié(s).

	Hôpital			Services de santé		
	tech. et prof.	tech.	prof.	tech. et prof.	tech.	prof.
Technicienne des soins infirmiers N = 3	1	1	1	1		2
Professionnelle des soins infirmiers N = 10	5	1	4	3		7
Tech. et prof. des soins infirmiers N = 17	15	2		3	1	13

Commentaires: la moitié des finissantes s'attendent à cumuler un rôle de technicienne et de professionnelle des soins infirmiers si elles sont embauchées dans un milieu hospitalier. Par contre, la majorité s'attendent à avoir un rôle de professionnelle des soins infirmiers si elles sont embauchées dans d'autres services de santé comme les C.L.S.C. par exemple. Cette perception correspond aux aspirations professionnelles et est confirmée par Côté dans l'enquête effectuée lors du congrès d'Orientation où l'infirmière en santé communautaire fait l'objet du premier ou du deuxième choix pour 40% des infirmières, l'infirmière en milieu professionnel est au cinquième rang.[41]

3. Concernant les professeurs. À la question "Selon toi les autorités, dans les services de santé, s'attendent-elles à accueillir une technicienne des soins infirmiers et/ou une professionnelle des soins infirmiers

41 Côté, Marcel, op. cit., p. 9.

quand ils embauchent une diplômée du cegep?" Le tableau 4 nous permet de voir la perception des professeurs face aux attentes des autorités des hôpitaux lors de l'embauche d'une diplômée de cegep.

TABLEAU 4

Perception des professeurs face aux attentes des autorités hospitalières lors de l'embauche de diplômées de T.I.N. concernant le(s) rôle(s) identifié(s).

	N = 22
Technicienne des soins infirmiers.	16
Professionnelle des soins infirmiers.	4
Technicienne et professionnelle des soins infirmiers.	1
Ne sait pas.	1

Commentaires: l'accent est alors mis sur l'exécution des soins où l'infirmière est efficace et rapide. On parle de super-technicienne, mais où le milieu ne lui permet pas d'affirmer son autonomie.

Des seize professeurs qui pensent que les autorités des hôpitaux s'attendent à recevoir des techniciennes, douze pensent former des infirmières techniciennes et professionnelles, trois pensent former des professionnelles et une ne sait pas.

Il y a donc une ambiguïté entre ce que les professeurs pensent former comme infirmière et ce à quoi elles s'attendent face à l'embauche des diplômées. Ce qui n'aide pas à clarifier le(s) rôle(s) et les fonctions de l'infirmière du niveau collégial et cette confusion a une implication directe pour les étudiants qui ne peuvent clairement identifier leur(s) rôle(s) et leurs fonctions spécifiques.

4. Concernant les diplômées de 1977-1978-1979. À la question "Selon toi, est-ce que les autorités de l'hôpital s'attendent à ce que tu sois une technicienne des soins infirmiers et/ou une professionnelle des soins infirmiers?".

Le tableau 5 nous permet de voir les différentes perceptions des infirmières diplômées des années 1977-1978-1979 face aux attentes des autorités de l'hôpital concernant l'identification de leur(s) rôle(s).

TABLEAU 5

Perception des diplômées des années 1977-1978-1979 face aux attentes des autorités de l'hôpital concernant leur(s) rôle(s) identifié(s).

	1977	1978	1979	N = 72
Technicienne des soins infirmiers	9	9	5	23
Professionnelle des soins infirmiers	8	10	11	29
Technicienne et professionnelle des soins infirmiers	8	1		9
Ne sait pas		5	6	11
N = 72	25	25	22	72

Commentaires: Trois infirmières sur cinq titulaires d'un poste cadre affirmaient qu'après six mois à douze mois d'expérience dans le milieu de travail, la diplômée de T.I.N. devient une infirmière professionnelle des soins infirmiers. Il n'y a que 29 infirmières sur 72 qui affirment être des professionnelles des soins infirmiers.

Les autorités hospitalières s'attendent à travailler avec des

infirmières professionnelles alors que très peu affirment l'être.

A. Attentes du milieu de travail et face au milieu de travail.

Trois infirmières sur cinq disent qu'elles travailleront avec des infirmières professionnelles six mois à un an après les avoir embauchées.

Les attentes des finissantes sur leur rôle futur varient selon qu'elles seront embauchées dans un hôpital ou dans d'autres services de santé comme les C.L.S.C. La moitié s'attendent à cumuler un rôle de technicienne et de professionnelle des soins infirmiers si elles sont embauchées dans le milieu hospitalier, alors que la majorité s'attendent à avoir un rôle de professionnelle des soins infirmiers si elles sont embauchées dans d'autres services de santé.

Seize professeurs sur vingt-deux s'attendent à ce que les autorités hospitalières embauchent une infirmière ayant un rôle de technicienne des soins infirmiers.

Vingt-neuf infirmières diplômées pensent que les autorités hospitalières s'attendent à ce qu'elles remplissent un rôle de professionnelles des soins infirmiers, vingt-trois un rôle de technicienne des soins infirmiers.

B. Niveau de formation.

1. Concernant les professeurs. À la question "Selon toi, dans le cours de T.I.N., 180.00 actuel, au Collège de Bois-de-Boulogne, forme-t-on une technicienne des soins infirmiers, une professionnelle des soins infirmiers ou une technicienne des soins infirmiers et une professionnelle des soins infirmiers?"

Le tableau 6 montre la formation donnée aux étudiantes de T.I.N. par les professeurs.

TABLEAU 6

Répartition de la formation donnée aux étudiantes de T.I.N. par les professeurs.

	N = 22
Technicienne et professionnelle des soins infirmiers	14
Professionnelle des soins infirmiers	4
Technicienne des soins infirmiers	3
Ne sait pas	1

Commentaires: Des quatorze professeurs qui pensent former une infirmière technicienne et une infirmière professionnelle des soins infirmiers, six ont dit mettre l'emphase sur le côté professionnel, un sur le côté technique, sept qui notent autant l'un que l'autre.

Concernant la question "Fais-tu une différence entre la technicienne des soins infirmiers et la professionnelle des soins infirmiers?" Vingt-et-un professeurs sur vingt-deux voient une différence, un seul dit que les deux se tiennent. Le tableau 7 nous permet de voir les différences de fonctions entre l'infirmière technicienne des soins infirmiers et l'infirmière professionnelle des soins infirmiers, pour les professeurs. La description est par ordre prioritaire. Aucun professeur n'a mentionné ce à quoi correspondait les techniques de soins infirmiers.

Commentaires: ce qui ressort pour l'infirmière technicienne des soins infirmiers c'est qu'elle est une *exécutante de techniques* de soins alors que l'infirmière professionnelle des soins infirmiers, possède et applique une *démarche de soins infirmiers*.

TABLEAU 7

Description des différences de fonctions entre l'infirmière technicienne des soins infirmiers et l'infirmière professionnelle des soins infirmiers, pour les professeurs.

	N = 22
Technicienne des soins infirmiers:	
-Exécuter des techniques de soins.	9
-Donner des soins de base.	2
-Être auxiliaire-infirmière.	2
-Administrer des soins selon les techniques apprises (ex.: prescriptions médicales).	1
-Organiser, exécuter et évaluer les soins infirmiers.	1
-Avoir reçu une formation au cegep.	1
Professionnelle des soins infirmiers:	
-Planifier, appliquer, exécuter les soins infirmiers (démarche de soins infirmiers).	8
-Résoudre des problèmes de soins.	3
-Posséder des connaissances.	3
-Faire preuve d'autonomie.	2
-Aider le client à retrouver son autonomie.	2
-Faire un diagnostic en soins infirmiers.	1
-Prendre des décisions.	1
-Avoir une démarche scientifique.	1
-Être formée à l'université.	1
-Faire de l'enseignement.	1
-Être une personne ressource .	1

2. Concernant les diplômées. Douze diplômées sur cent-trois pensaient avoir un rôle de techniciennes des soins infirmiers; quarante-neuf, un rôle de professionnelle des soins infirmiers; quarante, un rôle de technicienne et de professionnelle des soins infirmiers et deux ne savaient pas.

Le tableau 8 nous permet de voir la répartition des diplômées de T.I.N. selon l'année de la graduation et le(s) rôle(s) identifié(s).

TABLEAU 8

Répartition des diplômées de T.I.N. selon l'année de graduation et le(s) rôle(s) identifé(s).

	1977	1978	1979	1980	N = 103
Technicienne des soins infirmiers.	5	2	2	3	12
Professionnelle des soins infirmiers.	9	12	17	11	49
Technicienne et professionnelle des soins infirmiers.	11	11	2	16	40
Ne sait pas.			1	1	2

Commentaires: près de la moitié des infirmières se disent professionnelles des soins infirmiers après leur scolarité ce qui peut être relié à leur formation, car la moitié des professeurs forment une professionnelle des soins infirmiers ou accentuent l'aspect professionnel par rapport à l'aspect technique.

Les tableaux 9, 10, 11 nous permettent de voir comment chaque groupe décrit ses fonctions spécifiques après sa scolarité.

TABLEAU 9

Description des fonctions de l'infirmière technicienne après la scolarité selon l'année de graduation.

N = 11	1977	1978	1979	N=11
-Exécuter des techniques de soins	4	1	2	7
-Travailler sous la supervision d'une infirmière spécialiste.	1	1	1	3
-Faire de l'enseignement au client.	1			1

TABLEAU 10

Description des fonctions de l'infirmière professionnelle après la scolarité, selon l'année de graduation.

N = 49

	1977	1978	1979	
-S'occuper de l'être global dans ses composantes bio-psycho-sociales.	5	4	9	18
-Exécuter des techniques.	5	2	9	16
-Être responsable.	1	6	5	12
-Avoir du jugement.		2	5	7
-Prendre des décisions.	2	2	2	6
-Être autonome.	1	2	1	4
-Avoir des connaissances plus approfondies.	1	1	1	3
-Promouvoir la santé.			2	2
-Faire de l'enseignement.		1	1	2
-Prodiguer des soins.		1	1	2
-Avoir de l'autorité.		2		2
-Collaborer avec les autres professionnels de la santé.	1			1
-Ne sait pas.			1	1

TABLEAU 11

Description des fonctions de l'infirmière technicienne et de l'infirmière professionnelle après la scolarité selon l'année de graduation.

N = 40

	1977	1978	1979	
Technicienne des soins infirmiers.				
-Exécuter des techniques.	10	10	11	31
-Faire du travail clérical.	1		2	3
-Répondre aux prescriptions médicales.	1	1		2
-Être auprès du client.	1	2		3
-Expliquer des techniques	1			1
Professionnelle des soins infirmiers.				
-S'occuper de l'être global dans ses composantes bio-psycho-sociales.	2	4	4	10
-Être responsable.	2	4		6
-Prendre des décisions.	1	4		5
-Collaborer avec l'équipe multidisciplinaire.	2	1		3
-Avoir du jugement.	1		2	3
-Exécuter des techniques.			3	3
-Être autonome.		1	1	2
-Être responsable d'un département.	1	1		2
-Avoir de l'initiative.		1		1
-Faire de l'administration.		1		1
-Appliquer une démarche de soins infirmiers.		1		1
-Travailler avec le public.		1		1
-Faire de l'enseignement.		1		1
-Approfondir ses connaissances.	1			1

Commentaires: les fonctions qui ressortent pour l'infirmière technicienne sont *l'exécution des techniques de soins*, c'est-à-dire poser une sonde, donner un bain et autres et pour l'infirmière professionnelle, il y a plusieurs fonctions dont les plus importantes sont de *s'occuper de l'être global dans ses composantes bio-psycho-sociales et d'être responsable*.

B. Niveau de formation

Dans le cours actuel de T.I.N. 180.00 au Collège Bois-de-Boulogne, quatorze professeurs sur vingt-deux forment une infirmière ayant un rôle de technicienne et de professionnelle des soins infirmiers.

Pour les professeurs, l'infirmière ayant un rôle de technicienne est une exécutante des techniques alors que celle ayant un rôle de professionnelle possède et applique une démarche de soins infirmiers.

Après leur scolarité, quarante-neuf infirmières sur cent trois disent avoir un rôle de professionnelle des soins infirmiers. Quarante disent cumuler un rôle de technicienne et de professionnelle des soins infirmiers.

Après leur scolarité, l'infirmière énonce des fonctions de l'infirmière technicienne. Celle qui ressort le plus est: d'exécuter des techniques de soins alors que pour les fonctions professionnelles ce sont l'autonomie, s'occuper de l'être global.

C. Rôle(s) et fonctions dans le milieu.

1. Infirmières diplômées de T.I.N. Le tableau 12 nous permet de voir quel est le(s) rôle(s) identifié(s) par les diplômées du cegep de 1977-1978-1979.

TABLEAU 12

Répartition des infirmières diplômées de T.I.N. selon l'année de graduation et le(s) rôle(s) identifié(s).

	1977	1978	1979	N = 72
Technicienne des soins infirmiers.	6	7	3	16
Professionnelle des soins infirmiers.	9	11	12	32
Technicienne et professionnelle des soins infirmiers.	9	7	4	20
Ne sait pas.	1		3	4
N = 72	25	25	22	72

Commentaires: trente-deux des diplômées sur soixante-douze disent avoir un rôle de professionnelle des soins infirmiers, vingt un rôle de technicienne et de professionnelle, seize un rôle de technicienne et quatre ne savent pas.

Après la scolarité, des seize infirmières ayant des fonctions de techniciennes dans le milieu du travail, une conserve ses fonctions de technicienne uniquement, quatre cumulent des fonctions de technicienne et de professionnelle, deux disent avoir des fonctions de professionnelle, une ne sait pas

Des trente-deux infirmières ayant des fonctions de professionnelle après la scolarité dans le milieu du travail, douze disent avoir des fonctions de technicienne uniquement, vingt disent avoir des fonctions de professionnelle, deux cumulent des fonctions de technicienne et de professionnelle, une ne sait pas et deux ne travaillent plus dans le milieu.

Des vingt infirmières qui cumulaient des fonctions de technicienne et de professionnelle à la fin de leur scolarité dans le milieu de travail, douze disent cumuler toujours les deux fonctions, sept disent avoir des fonctions de technicienne et cinq, des fonctions de professionnelle.

Les tableaux 13, 14, 15 nous permettent d'identifier les fonctions de technicienne, de professionnelle et de technicienne et de professionnelle telles que décrites dans chacun des groupes.

TABLEAU 13

Description des fonctions de l'infirmière technicienne dans le milieu du travail par les infirmières diplômées de T.I.N. 1977-1978-1979

	N = 16
-Exécuter des techniques.	19
-Travailler sous la supervision d'une infirmière spécialisée ou du médecin.	5
-S'occuper juste des soins physiques.	2
-Remplir les prescriptions médicales.	1
-Faire du travail clérical.	1
-Pas grand-chose à dire.	

TABLEAU 14

Description des fonctions de l'infirmière professionnelle dans le milieu de travail par les infirmières diplômées de T.I.N. 1977-1978-1979.

	N = 32
-Prendre des décisions.	16
-S'occuper de l'être global dans ses composantes bio-psycho-sociales.	11
-Avoir des responsabilités plus grandes.	10
-Exécuter les techniques.	9
-Prodiguer des soins.	6
-Faire de l'enseignement.	5
-Collaborer avec l'équipe multidisciplinaire.	3
-Être autonome.	2
-Promouvoir la santé.	2
-Être responsable d'un départ.	2
-Travailler en équipe.	1
-Voir à la qualité de soins.	1
-Faire de l'enseignement selon les besoins.	1
-Faire du *counselling*.	1
-Aider à recouvrer la santé.	1

TABLEAU 15

Description des fonctions de l'infirmière technicienne et de l'infirmière professionnelle dans le milieu de travail par les infirmières diplômées de T.I.N. 1977-1978-1979.

Technicienne des soins infirmiers:	
-Exécuter des techniques: ex.: bain, levine, sonde.	14
-Exécuter des techniques sans tenir compte de ses connaissances.	1
-Sous supervision du médecin.	1
-Expliquer les techniques.	1
Professionnelle des soins infirmiers:	
-Prendre des décisions.	5
-Être responsable.	3
-S'occuper de l'être global dans ses connaissances bio-psycho-sociales.	3
-Être autonome.	3
-Avoir du jugement.	3
-Travailler en équipe.	2
-Avoir des connaissances plus poussées.	2
-Faire de l'enseignement.	2
-Être auprès du client.	1
-Travailler en équipe.	
-Comprendre les techniques	1
-Diriger les soins.	
-Appliquer une démarche de soins infirmiers.	1
-Faire partie d'une équipe multidisciplinaire.	1
-Avoir de l'initiative.	
-Être responsable d'un département.	1
Ne sait pas.	

2. Infirmières titulaires d'un poste cadre dans les hôpitaux. Concernant la question "Faites-vous une différence entre technicienne de soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers?" Quatorze infirmières titulaires d'un poste cadre sur quinze voient une différence. Une seule dit qu'il n'y a pas de différence, que ce sont des professionnelles.

Le tableau 16 nous permet de voir ce qui différencie l'infirmière technicienne des soins infirmiers de l'infirmière professionnelle des soins infirmiers.

TABLEAU 16

Description des différences de fonctions entre l'infirmière technicienne des soins infirmiers et l'infirmière professionnelle des soins infirmiers pour les infirmières titulaires d'un poste cadre dans les hôpitaux.

	N = 15
Technicienne des soins infirmiers:	
-Exécuter le travail sous la supervision de l'infirmière spécialiste.	5
-Exécuter des techniques de soins.	3
-Être diplômée du cegep.	3
-Ne pas posséder de licence.	1
-Acquérir des connaissances en soins infirmiers.	1
Professionnelle des soins infirmiers:	
-Posséder des habiletés psycho-motrices permettant d'appliquer les connaissances apprises.	2
-Être autonome.	2
-Avoir du jugement.	2
-Être diplômée de l'université.	2
-Avoir des connaissances plus vastes.	1
-Identifier, planifier, évaluer les soins.	1
-Travailler en équipe.	1
-Être spécialiste des soins infirmiers.	1
-Avoir de l'expérience.	1

Commentaires: Cette description nous montre que pour l'infirmière technicienne, l'emphase est mise sur l'exécution des techniques de soins de même que l'exécution se fait sous supervision d'une infirmière spécialiste. Sa formation devrait être au cegep. Pour l'infirmière professionnelle des soins, la description est plus vaste.

C. Fonctions et rôles dans le milieu.

Des infirmières diplômées de T.I.N., trente-deux sur soixante-douze disent avoir un rôle de professionnelle des soins infirmiers et vingt disent cumuler les rôles de technicienne et de professionnelle des soins infirmiers.

Pour le même groupe, des fonctions identifiées pour l'infirmière ayant un rôle de technicienne, l'exécution des techniques ressort le plus souvent alors que pour le rôle de professionnelle, ce qui en ressort, c'est de prendre des décisions, de s'occuper de l'être global et d'avoir de plus grandes responsabilités.

Pour les infirmières titulaires d'un poste cadre, les fonctions les plus souvent identifiées pour l'infirmière ayant un rôle de technicienne sont d'exécuter des techniques sous supervision d'une infirmière spécialiste et, pour l'infirmière ayant un rôle de professionnelle, c'est l'autonomie, la responsabilité, le jugement, les habiletés psycho-motrices permettant d'appliquer les connaissances apprises.

Pour tous les groupes, nous pouvons dire que la perception de ce qu'est une infirmière technicienne des soins infirmiers est très clair, car les mêmes éléments ressortent, par exemple: exécuter des techniques, travailler sous la supervision d'une infirmière spécialiste ou d'un médecin, mais on ne mentionne qu'une partie des fonctions de la technicienne. Aucun groupe ne parle de techniques de communication, de relation d'aide.

La perception de ce qu'est une infirmière professionnelle est plus globale pour tous les groupes. Elle correspond en général à s'occuper de l'être dans ses composantes bio-psycho-sociales et à être responsable.

Nous ne pouvons donc confirmer ou infirmer qu'au cegep nous formons présentement des infirmières techniciennes tant et aussi longtemps que les fonctions de technicienne et de professionnelle ne seront pas clarifiées.

Les définitions de technicienne et de professionnelle doivent être conceptuellement claires pour qu'elles puissent s'appliquer à des niveaux de formation et de pratique différents.

BIBLIOGRAPHIE

Brown, Lucille Esther, Nursing for the Future, New York, Russell Sage Foundation, 1948.

Montag, Mildred, The Education of Nursing Technicians, New York, G. P. Putnam's Sons, 1951.

Orem, Dorothea E., Nursing Concepts of Practice, Toronto, Mc Graw-Hill Book Company, 1971.

Robert, Paul, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, SNL, 1973.

Articles de périodiques

American Nurses' Association, "American Nurses Association First Position on Education for nursing", A.J.N., décembre 1965, p. 106-111.

Bensman, P.A., "Have we lost sight of the A.D. Philosophy?", Nursing Outlook, vol. 25, août 1977, p. 511-513.

Beverly, L. and Junker, M., "The A.D. Nurse: Prepared to be Prepared", Nursing Outlook, vol. XXV, 1977, p. 514-518.

Bullough, Bonnie and Sparks, Collin, "Baccalaureate vs Associate Degree Nurses: The Care-Cure Dichotoly", Nursing Outlook, vol. XXIII, novembre 1975, p. 688-692.

Cantor, M., "Education for What?", J. Nurs. Educ., avril 1974, p. 26-31.

Cicatello, J., "Expectations of the Associate Degree Graduate", J. Nurs. Educ., avril 1974, p. 22-25.

Hogstel, M.O., "Associate and Baccalaureate Degree Graduates: Do They Function Differently?", A.J.N., octobre 1977, p. 1598-1600.

Mc-Clure, Margaret, "Can We Bring Order Out of The Chaos of Nursing Education", A.J.N., vol. 76, nº 1, janvier 1976, p. 101.

Michelmore, Ellen, "Distinguishing between A.D. and B.S. Education", Nursing Outlook, vol. 25, août 1977, p. 506-510.

Miller, M.H., "Work Role for the Associate Degree Graduate", A.J.N., mars 1974, p. 468-470.

Reichow, R.W. and Scott, R.E., "Study Compares Graduates of the Two-Three-Four year programs", Hospitals, vol. 76, juillet 1976, p. 95-97.

Rolkovitch, R., "The A.D. Nurse: a nursing Service Perspective", Nursing Outlook, vol. XXIV, avril 1976, p. 234-236.

Shenan, D., "The Game of the Name: Nurse professionnal and Nurse Technician", Nursing Outlook, vol. XX, juillet 1972, p. 440-444.

Rapports et documents publics

Assemblée Nationale du Québec, Loi des infirmières et infirmiers du Québec, L.Q. 1973, Section VIII, art. 36-37.

Ministère de l'Éducation, Cahier de l'enseignement collégial 79-80, Québec, Gouvernemnt du Québec, 1979;
Les collèges du Québec: Nouvelle étape, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978.

National League for Nursing, Technical Nursing Practice, New York N.L.N., 1967.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Plan d'avenir du nursing au Québec, Montréal, O.I.I.Q., novembre 1974;
Philosophie de l'éducation en nursing au Québec, Montréal, O.I.I.Q., octobre 1976.

Aux professeurs de T.I.N. (180.00)

Bonjour,

Je fais présentement un sondage concernant la(les) fonction(s) de l'infirmière diplômée du cegep.

Il se fait auprès des finissantes de T.I.N. du Collège, des infirmières diplômées du Collège depuis trois ans, des infirmières ayant des postes cadres aux soins infirmiers soit en administration et/ou en éducation dans les hôpitaux où nous allons en stage.

J'aurais besoin de ta collaboration comme professeur de T.I.N. pour mener à bien ce sondage, c'est-à-dire répondre au questionnaire élaboré en vue de recueillir tes opinions sur le sujet.

Il serait important qu'en tant que professeur de T.I.N., tu te fasses une obligation de répondre au questionnaire et de le remplir selon tes opinions.

Il est entendu que tu n'as pas à t'identifier.

Il faudrait me le remettre à mon casier ou au local R-049 avant le 14 avril 1980.

Note: Si tu te sens stressée après avoir rempli le questionnaire n'oublie pas qu'il existe des moyens pour te détendre...

1. Fais-tu une différence entre technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers?
   Peux-tu expliquer en quelques mots?

2. Selon toi, dans le cours de T.I.N. 180.00 actuel, au Collège de Bois-de-Boulogne, forme-t-on:

   ☐ Une technicienne des soins infirmiers.
   ☐ Une professionnelle des soins infirmiers.
   ☐ Une technicienne des soins infirmiers et une professionnelle des soins infirmiers.

   Peux-tu expliquer en quelques mots?

3. Selon toi, les autorités, dans les services de santé, s'attendent-ils à accueillir une technicienne en soins infirmiers et/ou une professionnelle en soins infirmiers quand ils embauchent une diplômée du cegep?
   Peux-tu expliquer en quelques mots?

AUX DIPLOMÉES DE T.I.N.

1. Homme ☐
   Femme ☐

2. Quel est ton milieu de travail?

   ☐ Hôpital.
   ☐ C.L.S.C.
   ☐ Usine.
   ☐ Autres:

3. Quel poste occupes-tu?

   ☐ Chef de section.
   ☐ Assistante-infirmière.
   ☐ Infirmière-chef.
   ☐ Coordonnateur(trice).
   ☐ Autres:

4. Depuis combien de temps travailles-tu?

   ☐ 0 - 6 mois.
   ☐ 6 - 12 mois.
   ☐ 12 - 24 mois.
   ☐ 24 - 36 mois.
   ☐ plus de 36 mois.

5. Quel est ton quart de travail?

   ☐ 0 - 8 heures.
   ☐ 8 - 16 heures.
   ☐ 16 - 24 heures.

6. À la fin de ta scolarité de T.I.N. quelle(s) fonction(s) croyais-tu avoir?

- ☐ Technicienne des soins infirmiers.
- ☐ Professionnelle des soins infirmiers.
- ☐ Technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers.

Peut-tu expliquer en quelques mots?

7. Maintenant quelle(s) est(sont) ta(tes) fonction(s)?

- ☐ Technicienne des soins infirmiers.
- ☐ Professionnelle des soins infirmiers.
- ☐ Technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers.

Peut-tu expliquer en quelques mots?

8. Poursuis-tu des études présentement?

- ☐ Certificat.
- ☐ Baccalauréat.
- ☐ Autres:
- ☐ Non.

9. Si tu poursuis des études, ta(tes) fonction(s) a(ont)-t-elle(s) été modifié(e)s?

10. Selon toi, est-ce que les autorités (hôpital) s'attendent à ce que tu sois une technicienne des soins infirmiers et/ou une professionnelle des soins infirmiers?
Peux-tu expliquer en quelques mots?

11. Est-ce que leurs attentes changent selon les facteurs suivants:

- ☐ Ton expérience.
- ☐ Tes études.
- ☐ Ton expérience et tes études.

Peux-tu expliquer en quelques mots ton choix.

Aux étudiantes de T.I.N.

Bonjour,

Je suis un professeur de T.I.N. (201). Je fais présentement un sondage concernant la(les) fonction(s) de l'infirmière diplômée au cegep et comme tu termines ta scolarité en T.I.N. dans quelques semaines (bravo) tu me rendrais service en répondant au questionnaire ci-joint.

Il faudrait que tu répondes selon CE QUE TU PENSES.

Il est entendu que le questionnaire demeure anonyme.

Il faudrait remettre le questionnaire le plus tôt possible, soit à ton professeur, soit à mon bureau R-049.

Je te remercie, et bonne fin de session.

Finissant ☐ ou Finissante ☐

1. Selon toi, lorsque tu auras terminé ta scolarité de T.I.N., quel(s) sera(ont) ta(tes) fonction(s):

   ☐ Technicienne des soins infirmiers.

   ☐ Professionnelle des soins infirmiers.

   ☐ Technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers.

   -Si tu as coché technicienne des soins infirmiers, réponds à la question 2 puis aux questions 5-6-7-8.

   -Si tu as coché professionnelle des soins infirmiers, réponds à la question 3, puis aux questions 5-6-7-8.

   -Si tu as coché technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers, répond à la question 4 puis aux questions 5-6-7-8.

2. Explique en quelques mots ton choix et indique selon toi, ce qui te distingue de la fonction de professionnelle des soins infirmiers?

3. Explique en quelques mots ton choix et indique, selon toi, ce qui te distingue de la fonction de technicienne des soins infirmiers?

4. Explique en quelques mots ton choix.

5. Si tu étais embauchée dans un hôpital, quelle(s) fonction(s) t'attendrais-tu à remplir?

- ☐ Technicienne des soins infirmiers.
- ☐ Professionnelle des soins infirmiers.
- ☐ Technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers.

Peux-tu expliquer ton choix en quelques mots?

6. Si tu étais embauchée, dans un autre secteur des services de santé (C.L.S.C., industrie...) quelle(s) fonction(s) t'attendrais-tu à remplir?

- ☐ Technicienne des soins infirmiers.
- ☐ Professionnelle des soins infirmiers.
- ☐ Technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers.

Peux-tu expliquer ton choix en quelques mots?

7. Selon toi, ces deux fonctions sont-elles incompatibles ou complémentaires? Peux-tu expliquer en quelques mots?

8. Selon toi, quelle(s) fonction(s) ton milieu de travail va-t-il te faire remplir?

- ☐ Technicienne des soins infirmiers.
- ☐ Professionnelle des soins infirmiers.
- ☐ Technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers.

1. Sexe:

   Homme ☐
   Femme ☐

2. Nom de l'hôpital: _____

3. Poste occupé: _____

4. Scolarité: _____

5. Années d'expérience: _____

1. Fais-tu une différence entre technicienne des soins infirmiers et professionnelle des soins infirmiers?
   Peux-tu expliquer en quelques mots?

2. Selon toi, l'infirmière diplômée du cegep qui vient travailler chez toi, est-elle une technicienne des soins infirmiers et/ou une professionnelle des soins infirmiers?
   Peux-tu expliquer en quelques mots?

3. Quand tu embauches une infirmière diplômée du cegep, tu t'attends à accueillir une technicienne des soins infirmiers et/ou une professionnelle des soins infirmiers?
   Peux-tu expliquer en quelques mots?

"HISTOIRE DE POUVOIR" - APPEL AU POUVOIR PERSONNEL DES ÉTUDIANTS

Claire Lavoie, professeur de soins infirmiers, Collège de Maisonneuve.

Colloque de juin 1980, rassemblement de volonté de bon et de bien, appel au changement, vouloir de changement, remise en question. Questions qui s'adressent surtout à mon intelligence pendant que la réponse m'attend en moi, dans une partie plus profonde de moi.

Et la halte que représente un atelier où le groupe est moins grand et la possibilité de rencontrer plus directe. Possibilité de rencontre là où je suis entière, complète, compétente; là où je peux choisir.

Mon pouvoir, pouvoir de la détente consciente pouvoir qui réside dans mes choix, dans la joie de rencontrer mes semblables qui se ressemblent, me ressemblent et qui désirent agrandir le champ de cette rencontre.

Cohérence de cette démarche immensément personnelle avec un service professionnel qui a souci du soin de la personne globale.

J'ai animé cet atelier en juin avec deux collègues immédiates de travail. J'étais à ce moment, sur le plan de ma vie personnelle, dans une grande confusion. La qualité de participation à l'atelier m'a redonné de l'énergie et m'a aidée à croire à nouveau au travail que je fais avec "d'autres" qui, comme moi, cherchent à s'aimer, à aimer ce qu'elles font, à aimer toute vie.

Cette année, j'aimerais donner suite à cet atelier par des rencontres: rencontres des participants et d'autres personnes intéressées par ces problèmes de "pouvoir" de "choix" et d'"énergie". Je ferai parvenir à la fin d'octobre aux personnes ayant participé à l'atelier un projet de rencontres. Si nous sommes quelques-unes intéressées, nous pourrions y donner suite.

RÉVISION D'UN PROGRAMME D'ÉTUDES ET LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT DES ENSEIGNANTS

Raymond Frégeau, professeur de soins infirmiers, Collège Saint-Laurent.

> Il ne t'est jamais donné un désir sans que te soit donné
> le pouvoir de le rendre réalité.
> Tu peux être obligé néanmoins de peiner pour cela.
>
> Richard Bach (Illusions)

Le présent exposé a pour but de vous présenter quelques réflexions sur les résistances que pose un changement à l'intérieur d'un programme d'études. Les points traités sont: le changement, le pouvoir, les buts poursuivis et les stratégies.

Dans le présent contexte, le terme changement signifie un effort délibéré pour améliorer un programme d'études. Cet effort délibéré entraîne la présence de trois éléments fondamentaux:

1. Des personnes à l'intérieur du département prennent des initiatives pour faciliter l'adoption d'un modèle conceptuel de soins infirmiers.

2. Ces initiatives sont organisées suivant une certaine logique et les résultats désirés sont à long terme.

3. Ce changement suppose que les professeurs, autres que ceux qui ont initié le mouvement, aient à modifier leurs attitudes et leurs valeurs.

Tout changement qui exige une modification des valeurs et des attitudes ne saurait être réalisé à la suite d'une simple invitation à la bonne volonté, même si une approche démocratique du changement est privilégiée. Il faut s'attendre à vivre parfois des affrontements ou de la coopération, des contraintes, etc. Ces réactions ne sont pas étrangères au phénomène de pouvoir.

Le pouvoir implique la capacité possédée par un membre du groupe,

d'affecter la conduite d'un autre membre. À l'intérieur du département, tous les enseignants possèdent un minimum de pouvoir formel ou informel, matériel, moral, affectif ou physique. Cependant, certains possèdent et exercent un pouvoir plus grand selon les circonstances, les domaines et les personnes en présence. Ceux qui initient le changement, "l'adoption d'un modèle conceptuel en soins infirmiers", possèdent une position de pouvoir, tout comme ceux qui s'opposent à ce changement occupent également une position de pouvoir. Cette position occupée par les enseignants qui initient ou s'opposent au changement a tendance a se modifier au cours du processus. Car, au département comme dans tous les groupes, les personnes entretiennent des relations dont une des caractéristiques essentielles est leur implication dans la recherche d'un équilibre du pouvoir.

Enfin, mentionnons que tous les enseignants, parce qu'ils possèdent un pouvoir "si petit soit-il", peuvent accélérer ou freiner le processus de changement selon que le but poursuivi favorise ou entrave leurs propres attentes.

Par but, j'entends non seulement la partie opérationnelle du projet de changement (faciliter l'adoption d'un modèle conceptuel en soins infirmiers), mais aussi l'ensemble des attentes de tous les enseignants, attentes qui amènent ces derniers à agir pour modifier ou non la situation. Il est à noter que ces attentes peuvent être conscientes ou inconscientes.

Comme le souligne Tessier[1], les buts, ainsi définis, constituent une structure dynamique caractérisant une situation à un moment donné. Cette structure dynamique possède les caractéristiques suivantes:

La convergence totale: le but poursuivi par le changement va tout à fait dans le même sens que les buts des enseignants.

---

[1] Tessier, Roger et Tellier, Yvan, Changement planifié et développement des organisations, I.F.G., Montréal, 1973, p. 237-240.

La convergence limitée: le but poursuivi par le changement soulève un certain nombre de divergences, mais la majorité des buts individuels continuent d'être dans le même sens.

La divergence limitée: le changement soulève beaucoup de protestations surtout en ce qui concerne les implications; en ce qui a trait au but, il y a une certaine convergence.

La divergence totale: le but poursuivi par le changement menace les buts individuels des enseignants.

Avant d'aborder la notion de stratégie, reportons-nous au tableau de Tessier[2] qui résume et associe les deux concepts de pouvoir et de buts.

Le tableau I indique, en ordonnée, la position de pouvoir occupée par celui qui veut initier un changement. Trois positions se dessinent: a) l'équilibre du pouvoir est à l'avantage de celui qui initie le mouvement (+); b) l'équilibre est à son désavantage (—); c) le pouvoir est en équilibre stable.

En abscisse du tableau I, nous retrouvons les quatre caractéristiques des buts, à savoir: divergence totale ou limitée et convergence totale ou limitée. À l'intersection de ces deux coordonnées, nous retrouvons une suggestion de tactiques de changement.

---

[2] Idem, p. 241.

Tableau I

TYPOLOGIE DES TACTIQUES DE CHANGEMENT INTENTIONNEL
STRUCTURE DES OBJECTIFS

ÉQUILIBRE DU POUVOIR	Divergence totale	Divergence limitée	Convergence limitée	Convergence totale
+	IMPOSITION	MANIPULATION	PRESSION	PERSUASION (INFORMATION)
0	CONFRONTATION	INTRIGUE	NÉGOCIATION	COOPÉRATION
−	CONTESTATION	SUBVERSION	REVENDICATION	DEMANDE (INFORMATION)

Chacune de ces tactiques fera l'objet d'une discussion au cours de l'atelier.

Parmi les points à discuter, mentionnons:

À priori, y a-t-il des stratégies bonnes et mauvaises?

Quels sont les effets de ces stratégies?

Quelle est l'importance de bien percevoir la situation?

Comment se fait la prise de décision?

LA CRÉATIVITÉ EN SOINS INFIRMIERS? VOYONS DONC!

Hélène Lazure, professeur de soins infirmiers, Université de Montréal;
Michel Demers, directeur adjoint des soins infirmiers, secteur soins psychiatriques et soins prolongés, Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Le terme créativité est à la mode. Je n'ai jamais aimé suivre aveuglément une mode uniquement pour me conformer au célèbre slogan: "Tout le monde le fait, fais-le donc!" Pourtant c'est toujours avec un sourire déformé par l'ironie que je réagissais en voyant "le développement de la créativité de l'étudiant" confortablement installé dans les objectifs poursuivis par certaines institutions de formation en soins infirmiers.

L'ironie de mes sourires prenait sa source à mon insatisfaction et à une certaine intuition. Je ne savais pas clairement ce qu'était la créativité, mais je sentais bien qu'il y avait une partie de moi qui était prête à voir la réalité avec des yeux différents. Vous en conviendrez avec moi, en soins infirmiers, qu'on soit étudiante ou professeur, c'est plutôt le conformisme qui remporte la palme d'excellence.

En ce temps-là, la créativité n'était pas à la mode et le terme créativité apportait une note d'exotisme à l'introduction d'un "curriculum". Bien sûr tout le monde savait que Sartre, Picasso, Paganini, Einstein et Pasteur devaient à leur créativité, leur renommée mondiale. En soins infirmiers on était bien loin de tous ces beaux esprits, la plume, le pinceau ou le violon n'étant pas d'une grande utilité pour donner un bain de lit parfait.

Peut-on parler de démocratisation du concept de créativité? Toujours est-il que ce concept condescent à apparaître dans le titre même de certains cours. Attention, ce qui devient accessible peut peut-être polluer, intoxiquer, rendre fou ou même être péché. Il semble qu'à vaincre sans péril on triomphe sans gloire; je m'inscris donc à un cours de créativité en éducation. Si je ne savais pas exactement dans quelle galère je m'embarquais, c'était la bonne occasion d'au moins savoir de quoi je parlerais

en employant le terme créativité. Mais mon espoir secret c'était de voir les écailles tomber de mes yeux pour envisager la réalité avec des yeux différents.

Ce cours, je l'ai vécu comme un grand déménagement. J'ai dû me débarrasser d'une quantité de vieilles idées poussiéreuses produites par les manufactures éducatives. J'ai dû jeter aux ordures des jugements sur mes idées folles et sur celles des autres. J'ai fait un grand feu avec mes besoins de poser des gestes parfaits qui savent si bien s'attirer les louanges du voisinage. J'ai retrouvé, avec plaisir, enfouit sous quelques vingt années d'études une imagination un peu rouillée mais qui, bien huilée, fonctionne presque comme une neuve. En décapant le pourtour d'un vieux miroir à l'allure sévère, j'ai retrouvé mon humour teinté de naïveté. Je suis devenue plus tolérante face à l'ambiguïté. J'ai dû forcer un peu les cadres de portes pour faire pénétrer cette nouvelle acquisition. J'ai été toutefois étonnée d'y trouver, par la suite, un confort apte à me dynamiser.

Si pendant ce remue-ménage, les écailles ne sont pas complètement tombées de mes yeux, elles se sont quand même lézardées suffisamment pour qu'enfin je commence à entrevoir mon potentiel d'envisager la réalité sous un angle différent. Il reste que je ne me suis pas départie de toutes mes vieilleries. En plus des valeurs sentimentales rattachées à certaines d'entre elles, d'autres pouvaient m'être encore utiles dans leur utilisation traditionnelle ou encore à d'autres fins.

Pendant mon déménagement intérieur causé par la créativité, j'ai rencontré un professeur qui ne connaissait pas ce cours; il m'a demandé: "Qu'est-ce que tu crée à ce cours?" Dans un effort de synthèse accompagné d'un grand sourire de satisfaction, je lui présentai l'ébauche de mon oeuvre en répondant d'un souffle: "Moi". C'était la pure vérité et pourtant il en est resté complètement interloqué.

Après avoir suivi ce cours de créativité, j'étais convaincu qu'en

plus de m'aider à évoluer sur le plan personnel, je pouvais utiliser la créativité pour aider les infirmières tant au niveau personnel que professionnel.

En 1976-1977, dans un article de la revue "*Nursing Papers/Perspectives en nursing*"[1] je présentais quelques réflexions relatives à la formation des étudiantes au niveau du baccalauréat. J'émettais l'opinion qu'on devait sérieusement promouvoir les habiletés créatrices de ces dernières. La réaction ne tarda pas. Dans le même numéro de cette revue[2], un argument et une question de poids attirèrent particulièrement mon attention. L'argument: "...On est pas tous des Einstein", et la question: "Avons-nous recueilli des observations relatives à l'apprentissage de la créativité en milieu clinique?" Le concept de créativité commençait à se rapprocher des infirmières; il semblait devenir plus accessible. Le doute et le manque de confiance en nous commence à s'infiltrer, là aussi.

Nous ne sommes pas tous des Einstein et c'est heureux ainsi. Nous sommes cependant tout à fait capables d'effectuer les mêmes opérations mentales que ce dernier, mais dans les sphères de nos connaissances et de nos intérêts. L'énergie, la masse et le temps ont existés bien avant Einstein, ce qui lui a permis de découvrir sa célèbre théorie de la relativité basée sur $E=mc^2$; c'est sa disponibilité à l'observation avec des yeux neufs pour voir la réalité telle qu'elle est et non telle qu'on lui avait appris à la voir; ensuite, tout n'a été qu'un jeu de combinaison des éléments temps, masse et énergie. Nous ne sommes pas tous des Einstein parce que nos champs d'intérêts et leurs portées sont différentes et aussi parce qu'on a appris à être honteux de nos yeux d'enfant; nous les avons camouflés derrière les écailles rassurantes du conformisme organisé.

La créativité est en chacun de nous, il s'agit d'avoir le courage

---

1 Lazure, H., "Le pouvoir aux infirmières: Réflexions sur une nouvelle dynamique de l'enseignement en nursing", Nursing Papers/Perspectives in Nursing, 1976-1977, vol. 8, no 4, p. 27-29.

2 Provost, J., Réponse à "Le pouvoir aux infirmières", Nursing Papers/Perspectives in Nursing, 1976-1977, vol. 8, no 4, p. 29-31.

de la dépoussiérer et de la huiler quotidiennement. La différence entre Einstein et nous, c'est que lui a su entretenir sa créativité au jour le jour.

Quand à s'inquiéter d'observations relatives à l'apprentissage de la créativité en milieu clinique, il faut d'abord distinguer deux aspects de la créativité: le processus créatif et le produit créatif. Étant donné qu'il est prouvé que tout individu d'intelligence normale possède un potentiel créatif et qu'à l'aide d'un entraînement spécifique, il peut développer les habiletés mentales nécessaires au processus créatif, je crois que les infirmières sont en droit de se sentir concernées en ce qui a trait à leurs capacités d'effectuer le même processus créatif, tant au point de vue personnel que professionnel. Quant aux produits créatifs, ils seront différents de ceux des artistes, des inventeurs, du grand scientifique parce que leurs buts sont différents, mais s'ils sont nouveaux et efficaces pour nous, ils possèderont les grandes qualités d'une oeuvre créatrice à notre service et au service de nos clients.

Ces dernières considérations peuvent donner l'impression que je suis en train de pelleter des nuages. Dans le cas présent, non! Je puis me permettre d'être aussi péremptoire parce que je n'ai jamais douté des capacités des infirmières et que j'ai voulu savoir si j'avais raison de croire qu'elles pouvaient développer leur potentiel créatif. Pour ce faire, j'ai élaboré et appliqué un programme qui avait pour objectif, de développer certaines habiletés créatrices chez les infirmières psychiatriques. J'ai vu croître sous mes yeux (et chiffres à l'appui) leurs habiletés créatrices. Selon elles, leur créativité est utile tant dans leur vie personnelle que professionnelle. Ces infirmières regrettent par ailleurs que toutes leurs compagnes n'aient reçu cette formation. Le développement de la créativité chez un individu apporte en effet, à ce dernier, un petit quelque chose qu'il veut partager avec l'autre. Dans le cas présent, ce petit quelque chose c'est peut-être le bien-être de se sentir créatif et de s'aimer ainsi... même en soins infirmiers!

QUI SONT LES INFIRMIÈRES-AUXILIAIRES DES POLYVALENTES? LE PROGRAMME DE PASSAGE D'INFIRMIÈRES-AUXILIAIRES À INFIRMIÈRES CORRESPOND-IL À LEURS BESOINS OU À CEUX DES PROFESSEURS?

Ginette Bellemare, professeur de soins infirmiers, Collège de Limoilou; antérieurement à la polyvalente Marie-de-l'Incarnation.

Depuis les débuts du programme 180-21, la constitution hétérogène de la clientèle et les disparités énormes dans les acquis de base, constituent certainement une des difficultés majeures mises en évidence au colloque.

En fait, jusqu'à tout récemment, le M.E.Q. était incapable d'élaborer en objectifs spécifiques, le programme de formation des auxiliaires du niveau secondaire. Conséquemment, comme la clientèle collégiale est constituée d'étudiants venant de régions géographiques diverses, il semblerait qu'il existe une aussi grande diversité de cours d'auxiliaires, et finalement on peut penser que chaque étudiant du cours 180-21 sait quelque chose qu'un autre ne sait pas mais que tous ne savent pas la même chose.

Ces formations académiques différentes et des expériences de travail fort variées, tracent des profils individuels spécifiques constituant la pierre angulaire sur laquelle doit reposer tout l'enseignement du cours 180-21. En fait, tout professeur du cours 180-21 devrait s'appliquer à bien connaître et à bien évaluer sa clientèle. Pour y arriver, il devra développer des outils permettant à ses étudiants de lui faire part de leur motivation et de leurs attentes. Il devra aussi évaluer les acquis "académiques" de chacun d'eux afin d'éviter de leur donner l'impression de refaire un cours d'auxiliaire. Toutefois, il ne faut pas pécher par excès de confiance et supposer qu'ils "savent" tout.

Toutes les formules d'évaluation du genre pré-test, tout en permettant de déceler les points forts et les lacunes, doivent habiliter le

professeur et l'étudiant à délimiter le champ de nouveaux objectifs spécifiques tant pour chaque individu si nécessaire, que pour tout le groupe. Ceci implique pour l'enseignant, le devoir de fournir à l'étudiant tous les moyens possibles pour lui permettre d'atteindre le niveau moyen du groupe tel que délimité par les pré-tests.

Les modèles d'enseignement seront conséquemment variés et adaptés tant aux apprentissages individuels qu'aux apprentissages de groupe. Idéalement il faudrait permettre à l'étudiant de reprendre un apprentissage "échoué" jusqu'à réussite complète, sans limite de temps. Cela suppose une évaluation suivie permettant d'appliquer les correctifs opportuns au bon moment. Cette évaluation dite formative implique l'existence et/ou la production d'une série de pré-tests/post-tests et d'exercices correctifs le cas échéant pour chaque apprentissage.

Cette évaluation formative permet aussi l'utilisation de plusieurs méthodes d'enseignement aussi efficaces les unes que les autres, mais chacune utilisée pour l'atteinte d'un objectif spécifique d'apprentissage et dans le but d'éliminer l'ennui qui, au cours 180-21 risque d'être plus pernicieux qu'ailleurs, dû au fait que les "apprenants" sont des adultes.

Aussi pour éviter cet ennui, le professeur ne doit pas avoir peur de faire de l'enseignement de groupe, du tutorat, de l'enseignement modulaire ou magistral, des jeux de simulation ou de rôle et même de l'enseignement programmé s'il le peut. Peu importe les modèles et les méthodes, il faut toutefois et ceci semble primordial, réduire au minimum le nombre d'intervenants directs auprès du groupe. On s'assure ainsi d'une meilleure connaissance étudiant-professeur tout en établissant un climat de sécurité qui paradoxalement semble nécessaire pour ces adultes revenus aux études. De plus, ce nombre restreint de professeurs permet de doser convenablement la charge de travail de cet "apprenant" adulte qui, ne l'oublions pas, continue à travailler dans le milieu hospitalier, soit partiellement, soit à temps complet, tout en ayant bien souvent des

responsabilités familiales à rencontrer en plus.

Ces contraintes affectives, physiques et pédagogiques exigent beaucoup de travail, d'originalité et de disponibilité à l'enseignant, surtout si on garde présent à l'esprit que la majorité devront enseigner plus d'une matière académique. Évidemment un travail d'équipe serait souhaitable, lequel supposerait de fréquents échanges entre les personnes impliquées.

Si l'apprentissage des étudiants du cours 180-21 se faisait en respectant les principes esquissés précédemment, nous croyons que ces étudiants adultes pourraient révolutionner les soins infirmiers dans nos hôpitaux, si nous savons faire confiance à leurs possibilités et si nous savons tirer profit de leur expérience de travail tout en les confrontant aux innovations technologiques actuelles.

En résumé: oui le programme correspond à une demande et aux besoins des étudiants, en autant que le professeur choisisse et utilise des stratégies d'enseignement adéquates.

Achevé d'imprimer à
Québec en janvier 1981, sur
les presses du Service des impressions en régie
du Ministère des Communications
du Québec

Gouvernement du Québec
Ministère des Communications
Service des impressions en régie

Janvier 1981